Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 44. 30. October 1894. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 41. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Verwendung der Hängelage nach Walcher zum Eintritt des vorangehenden Kopfes.

Von *H. Fehling.*

Die Verwendung der Hängelage Walcher's beim Durchtritt des nachfolgenden Kopfes hat wohl noch lange nicht die Verbreitung gefunden, die sie verdient, trotzdem dass z. B. Wehle nach den Erfolgen der Dresdener Anstalt sie warm empfohlen hat. Fehlerhafter Weise wird noch immer eine ausgesprochene Steinschnittlage für den Durchtritt des nachfolgenden Kopfes beibehalten. Nun ist es aber ebenso wichtig, die durch Hängelage bewirkte Erweiterung der Conjugata für die Impression des vorangehenden Kopfes nach Hofmeier, oder beim Anlegen der Zange an einen hochstehenden Kopf zu verwerthen, ferner beim Eintritt des Kopfes in das im Eingang verengte Becken, um demselben die Configuration und den Eintritt zu erleichtern.

Ich habe in letzterer Beziehung im Wintersemester 1893/94 noch in Basel einige Beobachtungen gesammelt, die ich kurz anführen will, um andere zur Anwendung dieser Methode anzuregen.

1) Frau Ae., Landwirthsfrau, 28 Jahre alt, B. (1894, No. 29), III para. Letzte Menses Anfang Mai; keine Rachitis.

1. Geburt 1891, schwerer Forceps mit aton. Blutung. Lag 6 Wochen krank. Kind gestorben mit 3. Mon. 2. Geburt September 1892, Wendung bei Querlage. Kind todtgeboren. Lag 5 Wochen. Höhe 147 cm. Beckenmaasse 25, 28¾, 30½, 19½, Conj. diagon. 9,8—10. Diagnose: Mässig allgemein verengtes, etwas plattes Becken.

17. I. 94. Einleitung der Frühgeburt durch Bougie, darnach etwas Fruchtwasserabgang.

18. I. schwache Wehen, die sich gegen Abend steigern, Bougie tritt tiefer und wird entfernt.

19. u. 20. keine Wehen. Vollbad mit Ausspülung von je 12 Lit.

21. I. Gegen Abend etwas häufigere Wehen.

22. I. Wehen alle 10 Min., Kopf beweglich über Beckeneingang. 8 Uhr a. m. Hängelage (s. u.) mit kurzer Unterbrechung bis gegen 12 Uhr eingehalten, 12 Uhr 10 Min. Muttermund handtellergross, Kopf fest im Beckeneingang, Fruchtblase hat sich wieder gestellt, wird gesprengt, Kopf langsam tiefer, 12 Uhr 40 Min. p. m. Geburt des Kindes in 1. Schädellage. M. 47½, 2870, schreit sofort. Kopfmaasse: gerader 11, schräger 12¼, querer 8½ und 6½. Mutter und Kind am 12. Tag entlassen.

2) Frau W., 25 Jahre alt, B. (Journ. No. 44, 1894), III para, letzte Menses Ende Mai. 1. Kindsbewegung 29. September.

1. Geburt 1891 ohne Kunsthilfe, Kind todtgeboren. 2. Geburt Wendung bei Kopflage, Kind sofort post part. todt. Wochenbett fieberhaft. Höhe 154. Becken 27, 30½, 34, 19½. Conj. vera auf 7,5 bestimmt. Promont. tief. Diagnose: Einfach plattes Becken.

19. I. Einlegen des Cervicalkolpeurynters, kräftige Wehen im Lauf des Tages, ebenso die folgende Nacht, dieselben setzen am 20. I. nach Herausnahme des Kolpeurynters aus.

21. I. Vollbäder mit Vaginalinjection (12 Lit.).

22. I. Bougie.

23. Nachts schwache Wehen.

24. Bougie nach 48 Stunden entfernt. Vollbäder. Langsamer Beginn der Wehenthätigkeit. Nachts 12 Uhr Muttermund handtellergross, Blase steht, Kopf über Beckeneingang sehr beweglich.

25. I. 12 Uhr a. m. Hängelage, zugleich Blasensprengung, Muttermund fällt auf 5 Fr.-Grösse zusammen; 2 Uhr p. m. Wehen kräftig, Kopf tritt langsam tiefer, Hängelage wird im Ganzen 3 Stunden eingehalten bis 5 Uhr. Geburt 5 Uhr 15 Min. a. m. K. 51½, 2930. Kopfmaasse: gerader 11, schräger 13½, querer 8 u. 7. Mutter und Kind am 12. Tag entlassen.

3) Frau St., 25 Jahre alt, B. (184, Journ.-No. 129), I para, letzte Menses Anfang Mai, 1. Kindsbewegung Anfang September. Höhe 142. Becken 24, 28, 32, 18. Diagnose: mässig allgemein verengtes Becken. Kommt fiebernd in die Klinik.

4. III. Abends 38,5, in Axilla 108.

5. III. 7 a. m. 37,7, in Axilla 84. 5 p. m. 38,2, in Axilla 92. 8 Uhr a. m. Kopf beweglich über Beckeneingang in 1. Schädellage, Blasensprengung bei handtellergrossem Muttermund. 11 Uhr a. m. Kopf im gleichen, daher Hängelage, worauf der Kopf langsam tiefer tritt, 1 Uhr p. m. wieder gewöhnliche Bettlage, 4 Uhr Kopf tief im Becken, 5 Uhr Zange wegen des Fiebers. K. 52, 3400. Kopfmaasse: gerader 12, schräger 13½, querer 9½ u. 8.

Die Endometritis sub partu setzt sich Anfangs noch ins Wochenbett fort, nimmt aber bald ab. Kind mit Mutter lebend entlassen.

Während beim nachfolgenden Kopf bei der auf dem Querbett liegenden Gebärenden rasches Senken der Beine bei unterstützten Hinterbacken genügt, ist die Hängelage für den vorangehenden Kopf nicht so leicht herzustellen. Ich habe in diesen Fällen 3theilige Matratzen am Kopfende des Bettes so aufeinandergelegt, dass die Beine frei innerhalb des Bettes herabhängen, ohne den Boden zu berühren, während der Steiss genau am Rand der obersten Matratze lag. Natürlich hat der Oberkörper grosse Neigung herabzurutschen, wenn er nicht genügend gegen das Kopfende fixirt wird. Dies geschieht mit breit zusammengelegten Handtüchern oder Gurten, welche unter der Achselhöhle durchgehend, den Schultergürtel nach oben halten; ebenso wird die Hüftgegend durch eine jederseits breit um die Schenkelbeuge gehende Gurt nach oben fixirt. Schneiden die Gurten ein, so muss man sie etwas unterpolstern. Die Lagerung ist nun allerdings für die Gebärende keine sehr bequeme, so dass man nach 2—3 Stunden für einige Zeit wieder die gewöhnliche Lagerung erlauben oder wenigstens die Beine unterstützen muss.

Natürlich ist es hier schwer, den Erfolg so ad oculos zu demonstriren, wie beim nachfolgenden Kopf, wo man fühlt wie der Kopf, in dem Augenblick wo man die Beine stark senkt, plötzlich in's Becken hereinrutscht. Das Maximum des Unterschieds in der Grösse der Conjugata zwischen stärkster Steissrückenlage und Hängelage, der ja bis zu 1,2 cm beträgt, wird hier nicht erreicht, es ist nur der Conjugataunterschied zwischen gewöhnlicher Rückenlage und Hängelage, der immer noch 6—8 mm betragen kann.

Wie werthvoll übrigens selbst ein so kleiner Zuwachs für die Conjugata vera werden kann, ermisst jeder leicht, der gewohnt ist Geburten bei engen Becken zu leiten. Gerade die genaue Beobachtung der vorstehend geschilderten Geburten in ihrem Verlauf sprach mir überzeugend für den Erfolg der Hängelage.

Es ist übrigens merkwürdig, aus der Abbildung bei Ahlfeld (Lehrbuch S. 280) zu ersehen, dass eine ähnliche Lagerung für Geburten schon im letzten Jahrhundert in Italien zur Anwendung kam.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München.

Ueber das Carcinom des unteren Gebärmutterabschnittes im Anschluss an einen Fall von beginnender cancroider Papillargeschwulst.[1])

Von Dr. *R. Klien.*

Meine Herren! Ich würde nicht wagen, Ihre Aufmerksamkeit auf einen Fall von Portiocarcinom zu lenken, wenn mir derselbe nicht sowohl vom praktischen als auch vom theoretischen Standpunkte aus bemerkenswerth erschiene.

Klinisch war der Fall folgender:

Eine grosse, äusserst kräftige, wohlgenährte und wohl aussehende Frau von 35 Jahren, welche 4 Geburten, die letzte als Fehlgeburt vor 8 Jahren durchgemacht hat, klagt seit 3½ Monaten über unregelmässige Blutungen und Kreuzschmerzen; die Blutungen traten in Pausen von 15—20 und mehr Tagen und in mässiger Menge auf.

Bei der combinirten Untersuchung findet man beide Muttermundslippen ganz wenig verdickt, an ihrer Oberfläche leicht uneben und verhärtet. Diese Verhärtung erstreckt sich aber nur ca. 1 cm weit nach aufwärts. Der Finger wird leicht blutig tingirt aus der Vagina herausgezogen. Abgebröckelte Gewebspartikel sind nicht vorhanden. Der Muttermund bildet eine geschlossene, mit Einkerbungen versehene Querspalte. Die Portio nach dem Scheidengewölbe zu vollkommen normal weich und dick. Der Uterus ist I°. retroflectirt, nicht vergrössert, die Parametrien sind frei.

Es wurde demnach die Diagnose auf eine eben beginnende cancroide Papillargeschwulst beider Muttermundslippen gestellt und demgemäss die Abtragung derselben mittelst des schneidenden Paquelins dicht am Ansatz des Scheidengewölbes beschlossen und ausgeführt.

Von Interesse dürfte nun der histologische Befund der entfernten Portio vaginalis sein.

Bei dem geschilderten klinischen Befund hätte man erwarten sollen, dass sich nur von dem Plattenepithel der Portio aus Carcinomzapfen bis in eine gewisse Tiefe erstrecken würden. Denn der Muttermund war geschlossen, der Cervicalcanal eng, die Affection bestand erst seit sehr kurzer Zeit, die Cervix war zwischen dem Scheidenansatz und dem Carcinom, also auf einer Strecke von ca. 1½ cm normal weich und dick.

Auch die Betrachtung der entfernten Portio liess nichts anderes vermuthen. Man konnte auf dem Sagittaldurchschnitt das erkrankte Gewebe an der hinteren Lippe ca. 8—10 mm weit nach oben hin verfolgen, indem es keilförmig vorgedrungen war. Von einer Betheiligung des Cervicalcanals resp. der Cervixschleimhaut war makroskopisch nichts zu erkennen. An der vorderen Lippe erstreckte sich die Erkrankung noch weniger weit nach oben.

In der That schien sich auch mikroskopisch zunächst die ausgesprochene Vermuthung zu bestätigen. Es wurde zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung die ganze entfernte Portio sagittal gespalten; die vordere Lippe wurde nochmals durch einen sagittalen Schnitt in eine rechte und linke Hälfte getrennt, während die hintere Lippe ganz gelassen wurde. Die Stücke wurden in Alkohol gehärtet und nach Einbettung in Paraffin, so gut es anging, zu Serienschnitten verarbeitet.

Zunächst wurden Schnitte von der hinteren Lippe, parallel dem Cervicalcanal, aber von der Aussenfläche angefangen, gemacht. Es fand sich, dass, vom Plattenepithel ausgehend, das ganze Gewebe der Portio in sagittaler Richtung etwa 10 bis 12 mm weit von Carcinomzapfen dicht durchsetzt war. Wie mit dem Messer abgeschnitten endigten dieselben in einer nahezu geraden Linie. Offenbar waren die carcinomatösen Plattenepithelstränge in den Lymphbahnen weitergekrochen. Nur wenige vereinzelte Vorläufer, wenn ich so sagen darf, befanden sich in dem sonst gesunden, nach dem Schorf zu liegenden Gewebe, aber immer noch etwa 2—3 mm vom Brandschorf entfernt.

Es wäre jedoch verfrüht gewesen, aus diesem Befund eine Stütze für die Hoffnung, die Patientin durch die conservative Abtragung der erkrankten Portio vom Carcinom sicher befreit zu haben, zu erblicken. Vielmehr liessen Schnitte, welche von der anderen Fläche des Stückes aus angefertigt wurden, also den Cervicalcanal in seiner ganzen Länge mit enthielten und ebensolche Schnitte der beiden Quadranten der oberen Lippe gerechte Zweifel daran aufkommen, ob wirklich vollkommene Sicherheit bestände, dass nicht noch höher oben Carcinomgewebe vorhanden sei, in einer Zone, wo auch die Hitze des Paquelins nicht vernichtend hatte hindringen können.

Es fand sich in diesen Schnitten nämlich folgendes:

Am äusseren Muttermund hatte an der vorderen Lippe offenbar vor der Entstehung des Carcinoms eine Erosion bestanden. Diese Gegend ist mit einem einschichtigen relativ niedrigen Cylinderepithel bekleidet und enthält zahlreiche kleine und einige grössere, zum Theil dilatirte und nach unten zu oft sich gabelnde sagittale Erosionsdrüsen, die ebenfalls mit einem niedrigen Cylinderepithel ausgekleidet sind. Diese Drüsen oder richtiger gesagt Pseudodrüsen, denn es handelt sich ja nur um durch Proliferation der ursprünglichen Deckepithelien entstandene Einsenkungen, — nicht um echte Drüsen, — diese drüsenartigen Gebilde also erstrecken sich sehr weit in das Gewebe der Portio hinein. Während nun aber die Deckepithelschicht ununterbrochen in einfacher Lage über die Erosionsstelle hinwegzieht, sind die sogenannten Erosionsdrüsen zum allergrössten Theil carcinomatös entartet, und zwar primär. Schon bei schwacher Vergrösserung, wie sie auf diesen Bildern gegeben ist — ca. 80fach — fällt der Unterschied zwischen den beiden Carcinomgeweben, dem der Plattenepithelien und dem der Erosionsdrüsen auf. Während das erstere aus massigen, aus polygonalen Zellen mit grossem ovalem Kern bestehenden Zapfen und Strängen besteht, zwischen denen bindegewebige Stromazüge von oft beträchtlicher Breite hinziehen, ist das letztere mehr diffus von feineren, aus kleineren Zellen mit mehr runden Kernen bestehenden schlauchähnlichen Gebilden durchsetzt, zwischen denen nur feine schmale Stromazüge verlaufen. Mitunter enthalten die Schläuche noch deutliche Lumina, ja durch das ganze Bereich zerstreut findet man noch relativ unveränderte Ueberbleibsel von sogenannten Erosionsdrüsen. Während nun nach der Peripherie zu beide primär carcinomatös entarteten Gewebe in einander übergehen, — sie sind sich also entgegen und in einander gewachsen —, sind sie mehr centralwärts noch von einem Bindegewebskeil getrennt, in dessen Spitze beide unregelmässige Vorläufer hineingeschickt haben. Die Spitze dieses Keils ist auf der herumgereichten Photographie, welche einen Streifen durch die ganze vordere Lippe vom Cervicalcanal bis zur äusseren Oberfläche darstellt, sichtbar. An dem Bilde, wie überhaupt an der ganzen Serie, der dasselbe entnommen ist, kann man den Ursprung der groben Carcinomstränge aus dem Plattenepithel nicht ganz exact nachweisen. Denn hier endigen die ersteren meist als solche frei nach aussen. Es dürfte dies aber wohl nicht so sehr Wunder nehmen, da sich ja nur so die atypischen Blutungen, welche die Frau bisweilen gehabt hat, erklären lassen. Wäre die Oberfläche mit dem Plattenepithel noch überzogen gewesen, so hätten diese, da, wie wir sehen werden, auch die anatomischen Veränderungen des Cervicalcanals sie nicht motivirt hätten und sonstige Veränderungen an der Portio nicht vorhanden waren, nicht wohl stattfinden können.

Dass aber das Plattenepithel bestimmt der eine primäre Ausgangspunkt des Carcinoms ist, konnte an Schnitten, die anderen Zonen entstammten, nachgewiesen werden. Ein Bild hievon erlaube ich mir ebenfalls herumzureichen. Man sieht hier von dem Plattenepithel direct Carcinomzapfen in die Tiefe wuchern.

Wir haben also bis jetzt zwei primäre Ausgangspunkte der Erkrankung als sicher bestehend kennen gelernt: das Plattenepithel der Portioaussenfläche und das Epithel der der sogenannten Erosionsdrüsen.

Dass diese letzteren ebenfalls carcinomatös erkrankt seien, hatte die makroskopische Besichtigung also nicht zu erkennen vermocht, was wohl aus der histologisch so feinen Structur erklärt werden kann.

Wichtiger ist aber der nun folgende Befund an dem makroskopisch für gesund gehaltenen Cervicalcanal. Auf diesen möchte ich das Hauptgewicht legen aus naheliegenden Gründen.

[1]) Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München am 13. Februar 1894.

In dem herumgereichten grossen Bilde ist ein Theil der erkrankten Cervix noch mitgetroffen. Der Cervicalcanal beginnt oberhalb der grossen, nach unten sich theilenden Erosionsdrüse, an dem zungenförmigen Schleimhautlappen. Das einschichtige Cylinderepithel setzt sich eine Strecke weit fort. Unter ihm liegen ziemlich massige Carcinomnester, aus grossen polygonalen Zellen mit rundem oder ovalem Kern bestehend, ganz ähnlich den Zellen des Plattenepithelcarcinoms.

Die theoretische Hauptfrage ist nun die: ist auch die carcinomatöse Erkrankung der Cervix primär oder nicht?

Zwei Möglichkeiten liegen bei primärer Erkrankung vor. Entweder stammt das Carcinom von dem Epithel der Cervicaldrüsen oder von dem Deckcylinderepithel der Cervixschleimhaut. Untersuchen wir zunächst die Cervicaldrüsen.

Neben einigen normalen oder nur in die Fläche proliferirten kommen zahlreiche andere vor, die carcinomatös entartet sind, aber ausnahmslos ist das Carcinom zu den Drüsen secundär herangetreten. Nach dem Lumen zu, wie unregelmässig dasselbe auch immer gestaltet sein mag, ist stets das hohe pallisadenförmige einschichtige Cylinderepithel vorhanden. An den Stellen, wo das Lumen durch Carcinomwucherungen nach innen gewölbt ist, ist ebenfalls die einschichtige Cylinderepithelschicht vorhanden, wenn auch hier die einzelnen Zellen niedriger sind, was wohl eine rein mechanische Ursache haben dürfte.

Nur einige wenige Drüsen könnten einen Zweifel hervorrufen, ob sie nicht primär carcinomatös seien. Ein Bild einer solchen gebe ich ebenfalls herum.

Nach oben zu sieht man die unveränderte Drüse; nach unten den Carcinomklumpen. Während an der linken Peripherie das Cylinderepithel plötzlich aufhört, sich sogar etwas umlegt, setzt sich an der rechten Seite dasselbe ein Stückchen auf das Carcinom fort, wird niedriger und verschmilzt untrennbar mit ihm. Doch dürfte in dem letzteren Verhalten absolut kein Beweis für eine primäre Erkrankung liegen, besonders im Hinblick auf die ersterwähnten Thatsachen.

Fragen wir nun, was gibt uns das Deckepithel für Aufschlüsse über die Herkunft des secundären Drüsencarcinoms? In Schnitten, die der vorderen Lippe entstammen, setzt sich die einzellige Cylinderepithelschicht, von der Erosion aus beginnend, im Allgemeinen bis zum Brandschorf hin fort, nimmt aber sofort die charakteristische Beschaffenheit des Cervixepithels an, wird also hoch. Streckenweise, besonders von der Erosion her, wie das auf dem umhergereichten Uebersichtsbild zu sehen ist, liegt nun das Carcinom ganz dicht unter diesem Epithel, ist aber von ihm durch eine ganz schmale Schicht von Bindegewebe getrennt. An anderen Stellen fällt diese Bindegewebsschicht weg und das Carcinom tritt mit dem Cylinderepithel direct in Verbindung, dasselbe ist da ebenfalls noch einschichtig. Aus diesen Bildern lässt sich also nichts für die primäre Entstehung des Cervixcarcinoms beibringen. Nun fanden sich aber Stellen, wo das Cylinderepithel plötzlich aufhört und sich in Plattenepithel fortsetzt, von dem dann exquisite Carcinomzapfen in die Tiefe und seitlich unter das Cylinderepithel dringen. Diese mit Plattenepithel überzogenen Stellen finden sich im Allgemeinen mehr nach dem Brandschorf hin und man gewinnt besonders in den Schnitten, die der vorderen Lippe entstammen, den Eindruck, als sei von der Gegend des inneren Muttermunds das Cervixcarcinom nach dem äusseren Muttermund zu gewuchert; es nimmt nämlich an Mächtigkeit von oben nach unten zu ab.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass das Cervixcarcinom, welches also in Form von Nestern und Strängen sowohl in die Drüsen als in die Grundsubstanz der Cervix hineingewuchert ist, von Plattenepithelinseln herrührt. Das Carcinom hat histologisch auch, wie gesagt, vollständig den Charakter eines Plattenepithelcarcinoms. Es ist also nun die weitere Frage zu beantworten, woher rühren diese Plattenepithelinseln? Diese können, wie das ja gerade auch für die Cervix- und Uterusschleimhaut längst bekannt ist, einem entzündlichen Vorgang ihr Dasein verdanken und als sogenannte Schleimhautverhornung aufgefasst werden. Dann würde das Carcinom der Cervixschleimhaut als ein in loco entstandenes, primäres zu betrachten sein und wir hätten somit drei primär carcinomatös erkrankte Stellen.

Von der Richtigkeit dieser Auffassung war ich, als ich vor wenigen Tagen die Präparate in der gynäkologischen Gesellschaft demonstrirte, vollkommen überzeugt, muss dieselbe aber heute modificiren.

In der Discussion machte Herr Dr. Amann jun., der sich seinerzeit eingehend mit der Histologie der Cervix- und Portiocarcinome beschäftigt hat, darauf aufmerksam, dass er Fälle kenne, wo die cancroide Wucherung des Plattenepithels in Form einer Strasse über den äusseren Muttermund, und zwar zunächst an der Oberfläche fortkriechend, in den Cervicalcanal hinein dringe. Finde nun z. B. dieser Process in dieser Form statt, so könnte ein Schnitt, der in die Richtung des Pfeils fällt, sehr wohl ein Bild liefern, wie das herumgereichte Uebersichtsbild, und es könnte dann sehr leicht die Erkrankung der Cervixschleimhaut als eine autochthone imponiren. Dadurch wurde ich zweifelhaft, ob die Plattenepithelinseln wirklich auf die oben erwähnte Weise entstanden seien, und veranlasst, nochmals sämmtliche mir zur Verfügung stehende Schnitte genauestens zu durchmustern.

In der That fand sich dabei in Schnitten, welche der hinteren Lippe entstammen, die Gegend des äusseren Muttermunds nicht von dem Erosionscarcinom eingenommen, sondern von dem Plattenepithelcarcinom, dessen Zapfen direct in die Schleimhaut der Cervix, unter das Cylinderepithel und in die Drüsen sich fortsetzten. Es kann also an jener Stelle der hinteren Lippe kein Zweifel über die Herkunft des secundären Drüsencarcinoms der Cervix bestehen. Welches im Angesicht dieser Thatsachen die Herkunft der oben erwähnten Plattenepithelinseln in der vorderen Lippe ist, darauf muss ich die Antwort schuldig bleiben. Da grosse Paraffin-Serienschnitte vom Cervix stets unvollkommen und lückenhaft sind, ist es mir an ihnen ebensowenig gelungen, nachzuweisen, dass ein Zusammenhang einer solchen Insel mit dem Aussenepithel der Portio, resp. dem Cancroid besteht, wie dass diese Inseln sicher als isolirt zu betrachten sind.

Einen Befund möchte ich aber noch erwähnen. Gerade in den Schnitten der hinteren Lippe findet man den Cervicalcanal vom äusseren Muttermund her erst eine Strecke weit mit Plattenepithel überzogen, dann kommt eine Strecke weit einschichtiges Cylinderepithel und dann eine Strecke, wo dieses gewuchert ist. Und zwar ist es unzweifelhaft, dass es sich um eine primäre Wucherung handelt, denn es finden sich in den oberen Schichten noch deutliche Cylinderzellen, 2—4 Lagen, und erst in den unteren Schichten werden die Zellen mehr kubisch. Diese Wucherungen dringen dann nach der Tiefe zu mehr oder weniger weit vor, leider lassen sich aber bestimmtere Angaben nicht machen, weil diese Zone bereits zum Theil in den Brandschorf fällt. Fasst man alle diese Thatsachen zusammen, so muss man sagen, dass die Erkrankung der Cervixschleimhaut in der Hauptsache allerdings als eine secundäre vom Aussenepithel der Portio herrührende zu bezeichnen ist, dass aber eine gewisse primäre Betheiligung des Deckepithels der Cervixschleimhaut nicht zu verkennen ist.

Wie dem auch sei, in praktischer Beziehung ist allein die Thatsache von Wichtigkeit, dass der Cervicalcanal bereits so hochgradig erkrankt ist, in einem Falle, wo die Krankheitssymptome erst seit $3^1/_2$ Monaten bestanden und wo die klinischen Veränderungen so unbedeutende und dabei so charakteristische waren, dass die Diagnose auf eine eben erst beginnende cancroide Papillargeschwulst gestellt werden musste.

Zwar ist es allbekannt, dass man in Fällen, wo die Anamnese auch erst seit ganz kurzer Zeit bestehende Krankheitssymptome selbst bei sich gut beobachtenden Patientinnen fest-

stellt, bereits eine derartige Zerstörung findet, dass es nicht möglich ist, den Nachweis zu führen, ob primär ein Portio- oder Cervixcarcinom vorliegt — Fälle, die wahrscheinlich auf die oben mitgetheilte Art und Weise zu Stande gekommen sind, — andererseits aber ist man im Allgemeinen der Ansicht, dass eine typische cancroide Papillargeschwulst, wenn sie im Beginn ihrer Entwicklung steht, als quasi locales Carcinom zu betrachten sei. Veit[1]) spricht von einer durch Erfahrung erworbenen Gewissheit, dass die Cervix bei Portiocarcinom intact bleibe; er zweifelt nicht einen Augenblick, dass bei dem typischen Blumenkohlgewächs die Begrenzung der Neubildung durch den äusseren Muttermund gegeben sei.

Nun, unser Fall scheint mir zu beweisen, dass diese Ansicht nicht haltbar ist und darin finde ich die Berechtigung, denselben zur Kenntniss zu bringen. Wenn ich dadurch nur die Aufmerksamkeit auf derartige Fälle gelenkt habe, so ist mein Zweck erfüllt. Denn, wenn ein derartiges Präparat von vornherein, wie das bei mir nicht geschah, in der Absicht behandelt wird, die aufgeworfenen histologischen Fragen zu studiren, wird man, indem man geeignetere Methoden als die für gewöhnliche Zwecke übliche und ausreichende Paraffinmethode anwendet, brauchbarere und lückenlosere Serienschnitte erhalten und die histologische Genese klarer zu erkennen vermögen als ich.

Einige Worte möchte ich noch in therapeutischer Hinsicht anknüpfen.

Für denjenigen, der auf dem Standpunkte steht, bei jeder carcinomatösen Erkrankung der Portio oder der Cervix, sobald als es technisch überhaupt möglich ist, die Totalexstirpation des Uterus zu machen, für den ist es natürlich gleichgiltig, ob Fälle, wie der beschriebene, vorkommen. Auf diesem Standpunkte stehen aber noch nicht oder vielleicht richtiger nicht mehr alle Gynäkologen. Bis jetzt ist die Statistik der Totalexstirpation entschieden weder in Bezug auf primäre Mortalität, noch in Bezug auf Recidive eine so glänzende, dass sie die conservative Amputatio portionis bezw. cervicis aus dem Felde schlagen könnte. Ganz abgesehen davon, dass bei dem letzteren Verfahren die Frau conceptionsfähig bleibt — Winter hat sogar 8 Fälle beigebracht, wo eine normale Entbindung erfolgt ist — halte ich es für noch keineswegs erwiesen, dass bei richtig gewählten Fällen die Recidivfreiheit bei der Totalexstirpation sicher eine bedeutend grössere ist, als bei der Amputation. Denn, wenn auch nach der Olshausen-Krukenberg'schen[2]) Statistik die Recidivfreiheit bei Totalexstirpation nach 2 Jahren 49,1, nach 3 Jahren 38,9% bei 352 bezw. 285 Fällen betrug, während nach Winter[3]) die Recidivfreiheit in 60 Fällen von supravaginaler Amputation nach länger als 2 Jahren nur 35,7% betrug, so sind diese Zahlen noch nicht beweisend; denn sicher wäre ein gewisser Procentsatz der mit Totalexstirpation Operirten auch mit supravaginaler Amputation zu operiren gewesen und damit müssten sich natürlich die Zahlen verschieben. Ferner ist doch entschieden die letztere Operation eine weniger eingreifende und fragen wir nach der primären Mortalität, so ist dieselbe in den Jahren 1884—1891 unter 60 Fällen von supravaginaler Amputation nach Winter 0%, während sie in der Olshausen'schen Statistik sich auf 12,8%, bei Fritsch, Kaltenbach, Leopold immer noch auf 6—3½% beläuft.

Endlich haben wir in einer gewissenhaften Controle der mit Amputation Behandelten doch gewiss ein Mittel, bei auftretendem Recidiv bezw. Fortbestehen des Carcinoms den rechten Zeitpunkt zur Totalexstirpation nicht zu verabsäumen.

Ohne mir aber ein Urtheil über die principielle Frage erlauben zu wollen, muss ich hervorheben, dass Fälle, wie der mitgetheilte, m. E. durchaus nicht für die Nothwendigkeit der Totalexstirpation bei Portiocarcinom auszubeuten sind. Selbst wenn man sich sagen muss, dass in Fällen, wo die klinische Untersuchung nichts wie eine eben beginnende cancroide Degeneration der Portio zu constatiren vermag, die Cervicalschleimhaut bereits ebenfalls carcinomatös erkrankt sein kann und zwar in unbekannter Ausdehnung, wird nie etwas verabsäumt werden, wenn man zunächst nur die Portio dicht am Vaginalansatz mit dem Paquelin abträgt. Nun hat die genaue mikroskopische Untersuchung das weitere Verfahren zu bestimmen. Findet man die Cervixschleimhaut erkrankt oder die gesunde Schicht zwischen Carcinom und Brandschorf schmal oder gar nicht vorhanden, dann muss man natürlich die Totalexstirpation anschliessen.

Gegen diese Zweitheilung der Operation wird man an und für sich nichts einwenden können, sie wird so wie so von meinem Chef, Herrn Geheimrath von Winckel, sehr häufig angewendet. Findet man dagegen die Cervicalschleimhaut nicht erkrankt und findet sich eine völlig gesunde Schicht zwischen Brandschorf und Carcinom in der Ausdehnung von etwa 7 bis 10 mm, dann, meine ich, kann nur für den, der aus Princip die Totalexstirpation macht, eine Indication zu derselben vorliegen. Ich möchte dazu noch bemerken, dass in der Discussion in der gynäkologischen Gesellschaft auch Herr Geheimrath von Winckel aus seiner Praxis einige Fälle anführte, bei denen nach der conservativen Amputation der carcinomatösen Portio auf Jahre hinaus Recidivfreiheit sich erhalten hat.

Wenn ich zum Schluss noch mit einem Wort auf den von mir mitgetheilten Fall zurückkommen darf, so war bei ihm, wie schon bemerkt, die Ausdehnung des Carcinoms nach oben hin sehr verschieden. Während der vom Plattenepithel ausgehende Theil an der hinteren Lippe ca. 1 cm vor dem Brandschorf wie mit dem Messer abgeschnitten endete, ganz vereinzelte Vorläufer abgerechnet, die aber auch noch in einer gewissen Entfernung vom Schorf sich befanden, reichte das Carcinom, welches sich in der Cervicalschleimhaut entwickelt hatte, stellenweise bis in den Schorf hinein, so dass es durchaus nicht zu sagen ist, ob der Brandschorf die Grenze zwischen Krankem und Gesundem getroffen hat. Da die Frau aber ohne dringendste Indication eine nochmalige Operation verweigert, sind wir darauf angewiesen, sie einer stetigen, oft zu wiederholenden Controle zu unterwerfen. Bis jetzt beträgt die Recidivfreiheit erst elf Monate (Mitte September 1894).

Nachtrag.

In der Dissertation von Engelbert Auer, welche mir zu übersenden Herr Privatdocent Dr. Klein die Güte hatte: Beitrag zur Kenntniss der Carcinome am Uterus, im Besonderen das Verhalten des Portioepithels bei bestehendem Cervixcarcinom, Marburg 1891, ist gewissermaassen das Gegenstück zu meiner obigen Beobachtung gegeben. Hier handelt es sich in Fall I (H.) um ein primäres Cervicaldrüsencarcinom, welches, gegen die Portioaussenfläche vordringend, das Plattenepithel der Portio zu einer tiefen Wucherung nach Art eines Cancroids veranlasst. Doch beherrschte hier klinisch und makroskopisch das Cervixcarcinom die Scene — es wurde dementsprechend auch die Totalexstirpation gemacht —. Immerhin erscheint es mir interessant, dass bei gleichzeitig bestehendem Portio- und Cervixcarcinom der primäre Sitz vice versa sein kann.

Discussion. Docent Dr. Amann jun. erwähnt bezüglich der grossen Aehnlichkeit von Epithel und Endothel die Thatsache, dass Neubildungen, welche von einer Proliferation endothelialer Elemente ihren Ursprung nehmen, einen den vom Epithel ausgehenden Carcinomen fast vollkommen gleichartigen morphologischen Bau zeigen können und erinnert an einen früher von ihm beschriebenen Fall einer Neubildung der Cervicalportion des Uterus, die er längere Zeit nach der mikroskopischen Structur derselben für ein von den Drüsen ausgehendes Carcinom hielt, bis er im Stande war, durch Serienschnitte und entsprechenden Mitosenbefund den Ursprung der Neubildung aus den Endothelien der Lymphbahnen exact nachzuweisen.

---

[1]) Veit, Gynäkolog. Diagnostik 1891, S. 146.

[2]) Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chirurgie, 21. Congress 1892, S. 99 und Frommel, Jahresbericht 1892, S. 552.

[3]) Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Gynäkologie IV, 1892, S. 453.

Pharyngotherapie.[1])

Ein Beitrag zur Behandlung der Infectionskrankheiten.

Von Dr. *Adolf Heller* in Nürnberg.

Meine Herren! Man hört nicht selten heutzutage den Vorwurf gegen die Bakteriologie, dass dieselbe noch nichts für die Therapie der Infectionskrankheiten geleistet habe. Ich halte denselben für nicht gerecht; denn abgesehen von der Jugend der bakteriologischen Forschung sind doch in der Serumtherapie bereits ganz wichtige Ansätze zur Verwerthung der bakteriologisch gewonnenen Thatsachen gemacht, und es ist die Hoffnung durchaus nicht zu verwerfen, dass auf dem betretenen Wege auch eine vollkommen neue Therapie gewonnen werden kann. Freilich steht noch dahin, bis wann es möglich sein wird, solche Methoden zu finden, welche in der Hand des praktischen Arztes und in dessen täglicher Praxis zur Anwendung kommen können. Unbeschadet dieser hoffnungsreichen Perspective möchte ich mir erlauben Ihnen heute eine Methode der Behandlung der Infectionskrankheiten vorzuführen, deren ich mich in allmählich vervollkommneter Entwickelung seit ungefähr 25 Jahren bediene, also noch lange vor dem bakteriologischen Zeitalter, und welche ich während dieser Zeit auch ohne Krankenhausmaterial in der einfachen ärztlichen Praxis genügend geprüft und erprobt zu haben glaube, um mit derselben heute hervortreten zu können, um so mehr, als ich glaube, dass dieselbe in keiner Weise den seither durch die Bakteriologie bezüglich der Infectionskrankheiten festgestellten Thatsachen widerspricht. Ich habe wiederholt an anderen Orten und vorzugsweise im Kreise meiner heimischen Collegen meine Anschauungen zum Vortrag gebracht und möchte jetzt, wo ich dieselben in ein gewisses System gebracht, dieselben auch weiteren Kreisen zur Beurtheilung und Prüfung vorlegen.

Meine Methode der Behandlung der Infectionskrankheiten geht von folgenden, nach meiner Auffassung fundamentalen Sätzen aus: 1) die Mehrzahl der Infectionskrankheiten, vielleicht alle mit einziger Ausnahme der Cholera und der Dysenterie, sind Inhalationskrankheiten, 2) die erste Localisation des Krankheitserregers findet statt in den oberen Luftwegen, d. h. also im Nasenrachenraum, nämlich im Nasen- und Rachenraum, 3) an diesem Ort spielt sich die Incubationsperiode ab und 4) von hier aus geht erst die Resorption in's Blut, in die Säftemasse, also die Allgemeininfection vor sich.

Ich muss es mir für heute versagen, diese Sätze klinisch zu begründen, da es mir heute in erster Linie daran liegt, die daraus zu folgernden therapeutischen Maassnahmen zu besprechen. Sie werden mir jedoch bezeugen müssen, dass keine der heutzutage klinisch und auch bakteriologisch festgestellten Thatsachen mit meiner Auffassung in unversöhnlichem Widerspruch stehen, dass vielmehr im Lichte dieser Anschauung eine gewisse typische Harmonie im Verlaufe nahezu aller Infectionskrankheiten sich nicht künstlich construiren lässt, sondern in ganz natürlicher und einfacher Weise sich förmlich aufdrängt. Es erscheint nur selbstverständlich, wenn ich als ausübender Arzt es nicht bei diesen theoretischen Erwägungen bewenden liess, dass ich vielmehr durch praktische Anwendung dieser Anschauungen in der Therapie auch die Probe auf's Exempel zu machen mich bestrebte, wie wir ja gar häufig genöthigt sind ex juvantibus unsere Rückschlüsse zu machen. Die therapeutischen Folgerungen, welche ich nun aus meiner Auffassung über die Genese der Infectionskrankheiten ziehe, lassen sich schliesslich sehr kurz zusammenfassen und gipfeln in dem Satze: Das A und O jeglicher Therapie der meisten Infectionskrankheiten muss in einer gründlichen Ausspülung des Nasenrachenraums bestehen. Auch bei unseren Vätern spielt die „Reinigung der ersten Wege" in der Behandlung der Infectionskrankheiten eine grosse Rolle. Nur dass wir jetzt diese Wege anderswo, etwas höher oben schon suchen.

Ich sage absichtlich das A und O, weil ich zunächst für das Wichtigste die initiale Ausspülung betrachte, weil ich ferner aber beobachtet habe, welche Massen abgestorbener Krankheitsproducte im Nasenrachenraum zurückbleiben, gleichsam abgeblühte Vegetationen, wahre capita mortua, welche sich eben nicht auf spontane Weise eliminiren und die Ursache oft recht protrahirter Reconvalescenz werden; und ich betrachte keine Behandlung für abgeschlossen, wo ich mich nicht überzeugt habe, dass der Nasenrachenraum, sei es auf spontane, sei es auf künstliche Weise von den stagnirenden Krankheitsproducten gereinigt und die Schleimhaut der oberen Luftwege wieder zu ihrer relativ physiologischen Existenz zurückgekehrt ist. Gestatten Sie mir nun, dass ich ganz kurz an der Reihe der häufigsten Infectionskrankheiten den Verlauf derselben bei meiner Behandlungsmethode skizzire. Diejenige Erscheinung, mit welcher die Krankheit am promptesten auf den ersten Eingriff reagirt und welche wohl auch den exactesten und objectivsten Ausdruck der Reaction darstellt, ist ein auffallender Fieberabfall. Dem entspricht subjectiv ein Gefühl sofortiger Euphorie und relativer Erleichterung, das meist dem ersten Eingriff unmittelbar folgt; Hand in Hand geht damit eine Besserung der Localerscheinungen, wo solche vorhanden. Am meisten ist dieser Erfolg sichtbar beim Gesichtserysipel und bei den verschiedenen Formen der Angina. Es zeigt sich hier sehr häufig eine förmliche Umstimmung des ganzen Krankheitscharakters, ein wahrer Umschwung und daran sich anschliessend ein leichter, milder, bisweilen wirklich abortiver Krankheitsverlauf, der nur durch leichte anderweitige Maassnahmen, hauptsächlich diätetischer Art beeinflusst werden muss. Antifebrilia, die heutzutage zahlreichen —ine und —ole sind nahezu ganz ausgeschlossen. Am auffälligsten ist dieser eben beschriebene Verlauf bei dem Gesichtserysipel. Hier feiert die Methode ihren grössten äusseren Triumph, weil vielleicht am meisten in die Augen fallend. Nicht minder aber auch in einer anderen, vielleicht der heutzutage gefürchtetsten Infectionskrankheit, nämlich der Diphtherie und zwar nicht bloss der der Fauces, sondern auch des Kehlkopfes. Hier kann eine sachgemässe Irrigation geradezu die künstliche Eröffnung der oberen Luftwege durch Kehlkopfschnitt ersetzen, beziehungsweise unnöthig machen, jedenfalls sicherer als die in der Privatpraxis kaum durchzuführende Intubation. Wenn ich mich bei diesem wichtigen Capitel einen Augenblick länger aufhalten darf, so möchte ich versichern, dass ich in einer ganzen Reihe von Fällen, wo mir die Tracheotomie ganz unvermeidlich erschien und ich alle einleitenden Schritte bereits gethan, schliesslich doch der Sache durch Irrigation noch Herr wurde. Es ist geradezu frappant, wie eine solche Irrigation lösend und expectorirend auf die stenosirenden Exsudatmassen einwirkt, bei nur einigermaassen gutem Kräftezustand des Patienten und mit Ausnahme jener, glücklicherweise doch nicht allzu häufigen Fälle von Diphtheritis, welche gleich vom ersten Anfang an unter dem Bild der schwersten septischen Vergiftung, mit sofortiger Betheiligung des Drüsenapparates und gangränösem Zerfall der Gewebe einhergeht. Wo ich solche Fälle gesehen, waren es übrigens meist verschleppte, nicht sofort behandelte Fälle und es ist mir immer noch möglich zu denken, dass auch solche Fälle von Anfang an, vielleicht wenn erst das geeignete Antisepticum dagegen gefunden und applicirt wird, noch günstig beeinflusst werden können. Dass dagegen auch schwerste Fälle wirklicher Kehlkopfdiphtherie, so lange nur das Fieber nicht der Ausdruck einer allgemeinen septischen Infection ist, auffallend rasch nahezu abortiv geheilt werden können, ist mir nach meiner Erfahrung kein Zweifel mehr; ebenso, dass die Irrigation des Kehlkopfes häufig geradezu lebensrettend und als Ersatz für die Tracheotomie wirken kann. Von Einzelkrankengeschichten will ich hier nur eine herausgreifen aus dem letzten Winter, die mir ausserordentlich lehrreich war und die zunächst gegen mich zu sprechen scheint, aber bei näherer Analyse des Falles mir doch mehr für, als gegen mich zu beweisen scheint, und die ich um so lieber herausgreife, weil ich den Fall zusammen mit einem anderen Collegen, Oberarzt Göschel, beobachtete.

[1]) Vortrag, gehalten bei der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte am 28. Sept. 1894 in einer combinirten Sitzung.

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, bei dem die vorausgegangene Rachendiphtherie auf den Kehlkopf übergegangen und der zur Tracheotomie reif war. Ich wurde zum Consilium beigezogen und rieth noch zu einem Versuch mit der Irrigation nach der später zu beschreibenden Methode. Der Erfolg war ein sofortiger und überraschender. Grosse Mengen eiterig-schleimiger und diphtheritischer Massen wurden ausgespült und expectorirt unter sofortiger Erleichterung der Stenose. Am 2. Tage war der Zustand noch der gleich gute und das Verfahren wurde fortgesetzt. Am 3. Tage erinnerte nur ein ganz leichter, kaum noch vernehmlicher Stridor an die vorhanden gewesenen bedrohlichen Erscheinungen, so dass wir unsere gemeinsamen Besuche einstellten, in der Annahme, dass die Hauptgefahr gehoben sei, da auch ausserdem vollständige Euphorie vorhanden war. Aber schon am nächsten Tage wurde ich wieder gerufen, die stenotischen Erscheinungen waren von neuem aufgetreten und um keine Zeit zu verlieren, schritten wir sofort zur Tracheotomie, welche denn auch den Fall zur erwünschten Heilung brachte.

In diesem Falle war es unzweifelhaft sichergestellt, dass es sich um thatsächliche Kehlkopfdiphtherie handelte, dass derselbe in den ersten Tagen durch die Irrigationen ganz ausserordentlich günstig beeinflusst wurde, und ich für meine Person, wenn ich allein verantwortlich gewesen wäre, würde auch keinen Anstand genommen haben, das Verfahren auch bei der zweiten Attake noch einmal anzuwenden. Ich vermuthe, dass die Ausspülungen, welche des Abends der Wärterin überlassen wurden, nach Beseitigung der Hauptgefahr in nicht mehr ganz sachgemässer Weise ausgeführt und dadurch die Recidive herbeigeführt wurden. Ich möchte desshalb gleich bei dieser Gelegenheit ernstlich betonen und davor warnen, dass der Arzt die Ausführung der an sich einfachen Manipulation aus der Hand gibt, wenn ihm nicht ein mit der Sache völlig vertrautes Wartepersonal zur Verfügung steht. Ich habe seitdem noch eine Anzahl ähnlich gelagerter Fälle beobachtet, wo ich auf eigene Faust handeln konnte und wo mir die definitive Heilung diphtheritischer Larynxstenosen ohne allen Zweifel gelungen ist. Welchen Vortheil diese Behandlungsmethode vor dem Luftröhrenschnitt hat, brauche ich des Weiteren hier nicht auseinanderzusetzen.

Aber auch bei einfacher, wirklicher Rachendiphtherie, die so häufig nach den Choanen zu wandert, weiss ich zur Entfernung der diphtheritischen Auflagerungen kein schonenderes Verfahren als das der Ausspülungen und warne vor allen anderen, so vielfach empfohlenen mechanischen Entfernungsmitteln, welche, ganz abgesehen von der Gewaltsamkeit des Eingriffes, nur immer wieder neue Verletzungen und Verwundungen und damit neue Eingangspforten für die Resorption des Virus setzen. Ganz zu geschweigen von den noch so vielfach geübten Gurgelungen, welche an sich eine Grausamkeit gegen die schwer darniederliegenden Patienten, einen ganz unnöthigen Kräfteverbrauch darstellen und zumal in der Kinderwelt ihren Zweck vollständig verfehlen, während selbst bei sehr schweren Fällen eine 2mal täglich ausgeführte Ausspülung für gewöhnlich vollkommen ausreicht; denn dieselben haben nicht nur den Zweck einer momentanen Entleerung der vorhandenen diphtheritischen Massen, sie haben auch eine ausserordentlich günstige Nachwirkung auf die Secretion und die freiwillige Expectoration. Ich will bei dieser Gelegenheit gleich einfliessen lassen, dass ich mich als Menstruums bei meinen Ausspülungen für gewöhnlich nur des abgekochten Wassers, höchstens mit Zusatz von etwas Kochsalz bediene, wobei gar nicht ausgeschlossen ist, dass der Einzelne je nach dem Vertrauen, das er den Desinficientien entgegenbringt, auch andere Lösungen, wie chlorsaures Kali, Borsäure und dergleichen verwenden kann. Bezüglich der internen Medication bediene ich mich sowohl bei dieser als bei anderen Infectionskrankheiten meist nur der Salzsäure und lege das Schwergewicht auf eine leicht verdauliche, roborirende Diät.

Was nun die übrigen Infectionskrankheiten betrifft, so möchte ich hieran zunächst den Keuchhusten reihen. Ich wüsste in der That kein Mittel, um den sowohl aus den Choanen herabfliessenden, als auch den von unten heraufquellenden, zäh anhaftenden Schleim, der die Ursache der lang anhaltenden, quälenden Hustenparoxysmen ist, auf schonendere und gründlichere Weise zu beseitigen, als durch Warmwasserausspülungen. Der sofortige Erfolg, die rasche Verminderung der Hustenanfälle und der wesentlich abgekürzte Verlauf der ganzen Krankheit sprechen beredt für dieses einfache Verfahren. Dass man es bei störrigen und wenig gut erzogenen Kindern bisweilen mit einigen anfänglichen Schwierigkeiten zu thun hat, soll hier gar nicht geleugnet werden. Aber nur in den seltensten Fällen wird es misslingen, besonders wenn der Arzt von vernünftigen Eltern unterstützt wird, das Kind für das Verfahren zu gewinnen, da es selbst die Wohlthat des Verfahrens an sich wahrnimmt. Auch sei gleich hier bemerkt, dass der Arzt, besonders das erste Mal ausserordentlich schonend und gelind verfahren muss. Der kleine Patient wird dann sehr rasch zu ihm und dem Verfahren Vertrauen gewinnen.

Von weiteren Infectionskrankheiten käme nunmehr vor allem Scharlach und Masern in Betracht. Es soll nun nicht gesagt sein, dass es nöthig wäre, gegen jeden einzelnen dieser Fälle, solange sie ganz leicht und normal verlaufen, sofort mit dem Wassergeschütze vorzugehen, aber doch sind auch in diesen Fällen die Ausspülungen der oberen Luftwege von ausserordentlich hohem Werthe und zwar in doppelter Hinsicht; erstlich in prophylaktischer. Ich habe wiederholt die Beobachtung gemacht, dass, wenn in eine Kinderschaar eine dieser Infectionskrankheiten eingeschleppt wurde und die Voraussetzung nahe lag, dass die ganze Gesellschaft inficirt würde, da eine sogenannte Isolirung und strenge Separation im gewöhnlichen Leben vollkommen illusorisch ist, dass — sage ich — in solchen Fällen eine rechtzeitige Ausspülung von Nase und Rachen einen ausserordentlich hohen prophylaktischen Erfolg hat, indem die Krankheit, wenn nicht vollständig inhibirt, so doch in ihrem ganzen Auftreten wesentlich gemildert und dem Verlauf ein nahezu abortiver Charakter gegeben werden kann; zweitens aber treten sowohl im Verlaufe der Masern als des Scharlachs so manche Erscheinungen auf, welche durch Reinigung der oberen Luftwege rasch Beseitigung finden können. Es sind das vorzugsweise die durch Ansammlung von Schleimmassen in der Nase verursachten unangenehmen Erscheinungen, wodurch das Kind zum beständigen Offenhalten des Mundes genöthigt wird, wodurch wiederum die unangenehme Trockenheit, die verminderte Expectorationsfähigkeit und das Weiterschreiten der Entzündung auf den tiefer gelegenen Luftwegen bedingt wird, ebenso wie die dadurch hervorgerufene Benommenheit des Kopfes, Kopfschmerzen, Neigung zu Delirien und alle diejenigen Erscheinungen, welche durch erschwerte Respiration und dadurch bedingte leichte Kohlensäure-Intoxication hervorgerufen werden. Letztere Symptomengruppen treffen sowohl für Masern wie für Scharlach zu; denn bei beiden sind die oberen Luftwege die primär am stärksten ergriffenen Organe. Complicirt sich eine dieser Krankheiten, wie bekannt besonders leicht der Scharlach mit Diphtherie, so gilt natürlich auch hier das bereits oben Gesagte.

Naturgemäss wären hier noch einige Worte über die Rubeolen anzuschliessen, welche ja im ganzen selten zu energischerem ärztlichen Eingreifen Veranlassung geben. Indess darf doch auch diese an sich leichte Kinderkrankheit nicht unterschätzt werden; denn das bei dieser Krankheit fast ausnahmslos zu beobachtende Anschwellen der Lymphdrüsen, in erster Linie der Cervicaldrüsen, häufig aber auch der Inguinaldrüsen, eine Erscheinung, die ich geradezu für pathognomonisch für Rötheln und wichtiges differential-diagnostisches Moment bei der oft nicht ganz leichten Unterscheidung von Masern betrachte, deutet auf ein stärkeres Ergriffensein des Gesammtorganismus hin, als man gewöhnlich leichthin anzunehmen pflegt. Ich habe geschwollene Cervicaldrüsen nach Rötheln auch bei nicht scrophulösen Kindern öfters lange persistiren sehen und bin nicht eher damit fertig geworden, als bis ich gründliche Ausspülungen von Nase und Rachen vorgenommen habe. Ich schliesse hier sofort die Behandlung der Lymphdrüsenschwellungen am Halse, welche man gewöhnlich als scrophulös oder als Lymphome zu bezeichnen pflegt, an. Diese Geschwülste sind sehr häufig nichts anderes, als die Folgen einer bestehenden Nasenrachenaffection und stehen zu

dieser in gleichem Verhältniss, wie der Inguinalbubo zur Primäraffection an den Genitalien. Die scrophulöse Nase bildet hier die Primäraffection; es genügt oft schon ein Ekzem am Introitus narium; wohl selten aber ist dieses die eigentliche Primäraffection, sondern ist bedingt durch das anomale Nasensecret, beziehungsweise die anomal beschaffene Nasenschleimhaut oder bereits tiefer greifende Nasenaffection. So betrachtet kann auch die von der Nase ausgehende Scrophulose ungezwungen als Inhalationskrankheit aufgefasst werden. Welcher Art das bei Scrophulose inhalirte Virus sei, ob es mit dem jedenfalls nahe verwandten tuberculösen identisch ist, mag weiteren Forschungen vorbehalten sein.

Wir gelangen nunmehr zur Tuberculose selbst, über deren Pathogenese hier sich weiter zu verbreiten Eulen nach Athen tragen hiesse, über deren Charakter als Inhalationskrankheit heutzutage wohl kaum mehr ein Zweifel bestehen wird, zum mindesten soweit, dass die oberen Luftwege die häufigste Eingangspforte für Tuberculose sind und andere Infectionswege nur die Ausnahme bilden. Wenn man auch nicht an die Ubiquität des Tuberkelbacillus glauben will, so steht es doch ausser Zweifel, dass wir sämmtlich häufig in die Lage kommen, dieselben zu inspiriren und dass ihr und unser weiteres Schicksal nur davon abhängt, ob die Bacillen noch im Zustand der Lebensfähigkeit, die glücklicherweise ausserhalb des Organismus keine sehr lange ist, in denselben gelangen, ob sie dort den geeigneten Nährboden finden und ob sie die nöthige Zeit haben sich dort anzusiedeln. Schon von diesem Gesichtspunkt aus leuchtet die Nothwendigkeit der Reinhaltung der oberen Luftwege von selbst ein und es erscheint der Gedanke nicht unberechtigt, ob nicht die Natur selbst durch Einleiten einer vermehrten Secretion, wie sie bei Nasenkatarrhen eintritt, oder durch den Niessact die nöthigen Winke und Hilfsmittel an die Hand gibt, die malignen Eindringlinge zu eliminiren. Jedenfalls ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass sehr häufig die erste Localisation der Tuberculose in den oberen Luftwegen, wenn auch noch nicht in Form organisirter Tuberkeln stattfindet und erst von hier aus die weitere Wanderung auf die tieferen Respirationswege vor sich geht. Ist es doch heutzutage schon ein überwundener Standpunkt, die Kehlkopftuberculose nur als secundäre Erkrankung einer primären Lungentuberculose zu betrachten, es stehen vielmehr die Fälle primärer Larynxtuberculose bei noch intacter Lunge ausser allem Zweifel. Ich habe mir desshalb auch die Behandlung all derjenigen suspecten Fälle, welche mit hartnäckigen chronisch-katarrhalischen Beschwerden der oberen Luftwege einhergehen, mittelst reichlicher und häufiger Ausspülungen zur Pflicht gemacht und wie ich annehmen darf, nicht ohne Erfolg. Aber auch bei ausgesprochener Tuberculose der Athmungsorgane sind die Ausspülungen von eminentem Werth und als ein die Expectoration beförderndes Mittel von hoher Bedeutung. Es ist nicht richtig anzunehmen, dass die oft massenhaften Sputa Tuberculöser lediglich aus den tieferen Luftwegen, Trachea und Bronchien stammen, sondern wie gar häufig die Halsinspection bei Tuberculösen beweist, kommen oft colossale Massen dicken, eiterigen Sputums hinter dem Velum aus dem Nasenrachenraum herab. Unter gewöhnlichen Umständen fliessen dieselben an der hinteren Rachenwand herab, bis sie den Kehlkopfeingang erreichen und hier den Hustenanfall auslösen. Ausspülungen wirken hier ausserordentlich erleichternd und befreiend, und verflüssigend auch auf die von unten kommende Expectoration. Die Wirkung ist damit eine ähnliche, wie die den Tuberculininjectionen nachgerühmte, nämlich eine Erleichterung und Steigerung der Expectoration. Die Ausspülungen des Nasenrachenraumes erscheinen mir desshalb nicht nur als werthvolles Prophylakticum in der Tuberculosefrage, sondern auch als ein nicht zu unterschätzendes Therapeuticum.

Von den wichtigeren Infectionskrankheiten will ich, abgesehen von der Variola, der Parotitis epidemica etc. etc. nur dem Typhus noch einige Worte widmen. Dass derselbe oder wenigstens manche Formen desselben auch den Inhalationskrankheiten zugezählt werden muss, glaube ich annehmen zu dürfen. Spricht doch schon das so häufige initiale Nasenbluten für diese Entstehungsweise. Ich habe mich in wiederholten Fällen und erst in der allerletzten Zeit wieder davon überzeugt, dass sowohl die schweren initialen Erscheinungen, der mehr oder minder heftige Kopfschmerz als auch in den späteren Stadien der Sopor aufs wirksamste durch Ausspülungen bekämpft werden, dass in dem einen Falle, wenn die Behandlung zeitig genug eingeleitet werden kann, eine wahrhaft abortive Wirkung eintritt, dass im anderen Falle, wo die Behandlung erst in den späteren Stadien eingreifen kann, das Bild schweren komatösen Darniederliegens in ganz auffallender Weise umgestimmt werden kann. Selbst furibunde Delirien habe ich nach Ausspülungen des Nasenrachenraumes unter beträchtlichem Fieberabfall einem vollkommen veränderten, ruhigen Krankheitsbilde weichen sehen, unter ausserordentlicher Euphorie des Kranken. Dass eine solche Reinigung des Nasenrachenraumes die Circulationsverhältnisse des Gehirns günstig beeinflussen kann, dieses Gedankens konnte ich mich dabei niemals entwehren und ist derselbe umsoweniger abzuweisen, als wir bei einer anderen Affection, der nasalen Aprosexie, den deutlichsten Beweis dafür haben. Auch von dem stets geschilderten Bilde Typhöser, dem rusigen Beschlag des Naseneingangs, der trockenen Zunge, den borkigen Lippen ist bei dieser Behandlung nicht mehr die Rede.

Eine weitere Krankheit, deren Heimathsrecht in der Reihe der Infectionskrankheiten noch nicht allgemein anerkannt, das ihr aber nach meiner Ueberzeugung mit vollstem Rechte gebührt, ist der acute Gelenkrheumatismus und zwar erscheint mir dieser ganz besonders den Inhalationskrankheiten zugezählt werden zu müssen. Ich möchte es der allgemeinen Beachtung empfehlen, wie häufig dem acuten Gelenkrheumatismus mehr oder minder schwere anginöse Erscheinungen vorhergehen. Hier sitzt nach meiner Ueberzeugung auch die Primäraffection in den oberen Luftwegen, während die Gelenk- und sonstigen Affectionen innerer Organe der Ausdruck der allgemeinen Infection sind. Die schon bei leichteren Anginen und erst recht bei Diphtherie und Scarlatina nicht selten auftretenden heftigen Gliederschmerzen und Anschwellungen einzelner Gelenke sind nichts Anderes, als eine Parallele der intensiveren Erscheinungen beim ausgesprochenen Gelenkrheumatismus. Auch bei dieser Erkrankung kann die Behandlung von den oberen Luftwegen aus einen bestimmenden Einfluss auf den Verlauf der Krankheit äussern. Ob nicht auch bei der cerebrospinalen Meningitis der gleiche pathogenetische Weg stattfindet und auch hier der erste therapeutische Hebel in den oberen Luftwegen eingesetzt werden muss, dafür fehlt mir bis jetzt noch das nöthige Beobachtungsmaterial, hat jedoch sehr viel innere Wahrscheinlichkeit für sich. Denn dass die oberen Luftwege mittelst lymphoider Bahnen mit dem Schädelraum communiciren, ist anatomisch festgestellt. Auch bei Pneumonie, Bronchitis und Bronchialkatarrhen, deren Ausgangspunkt stets in den oberen Luftwegen zu suchen ist, ist mir die Irrigation das liebste und wirksamste Expectorans.

Meine Herren! Ich habe versucht, in allerdings nur cursorischer Weise an einer Reihe von Infectionskrankheiten meine Behandlungsmethode Ihnen vorzuführen. Die Reihe der Erkrankungen, wo dieselbe Verwendung findet, ist damit nicht abgeschlossen, wenn dieselben auch nicht den Infectionskrankheiten im engeren Sinne zugezählt werden müssen. Nur der Vollständigkeit halber will ich noch einige Krankheiten, wo ich mich mit Vorliebe der Ausspülung der Nase bediene, aufzählen. Ich nenne darunter in erster Linie das Ekzem der Kinder, das nach meiner Ueberzeugung in seiner multiplen Form meist durch Autoinfection und zwar mittelst Nasenschleims entsteht, dann den oft so quälenden Nachthusten der Kinder und die verschiedensten Formen von Neuralgien im Bereiche des Kopfes, sowohl frontale als hauptsächlich occipitale Neuralgien und zwar solche mit typischem und atypischem Auftreten. Selbst bei ganz regelmässig intermittirenden Neuralgien, welche Chinin und anderen Nervinis trotzten, habe ich mit dem einfachen Mittel der Nasenrachenspülung meist sofortigen Erfolg erzielt. Ob dies bei wirklichen Malarianeuralgien auch der Fall ist, darüber steht mir noch kein abschliessendes Urtheil zu Gebote, erscheint mir aber sehr wahrscheinlich.

Zum Schluss erübrigt mir noch, einige Worte über die Technik meiner Methode zu sagen.

Mein ganzes Instrumentarium für dieselbe besteht aus einem einfachen Kautschukballon mit spitz zulaufender Ausflussöffnung. Die Spülflüssigkeit besteht, wie oben bereits erwähnt, meist nur aus abgekochtem Wasser oder, wenn man will, mit irgend einer beliebigen Salzlösung, was ich jedoch für minder wichtig halte, da ich das Hauptgewicht auf die mechanische Ausspülung selbst lege. So einfach die Methode an sich erscheint, so lässt sie doch eine grosse Anzahl von Modificationen zu und erfordert auch gewisse Vorsichtsmaassregeln, wesshalb ich deren Ausführung auch niemals gerne den Händen von Laien anvertraue. Die Modificationen bestehen, abgesehen von etwaigen Zusätzen, hauptsächlich in der Abstufung der Temperatur. Es werden ziemlich hohe Temperaturgrade, bis 50° C. und darüber vertragen. Im Allgemeinen kann man sagen, dass der Nasenrachenraum denselben Temperatursinn wie Zunge und Mundhöhle hat und richtet sich die Wahl der jeweiligen Temperatur je nach Individualität, äusserer Temperatur und Fieberzustand. Im Ganzen habe ich gefunden, dass während der kalten Jahreszeit höher temperirte, während der heissen Jahreszeit kühlere Ausspülungen angenehm empfunden werden. Individualisiren ist auch hier die Hauptaufgabe des behandelnden Arztes. Eine wichtige Hauptsache, und dies rechne ich zu den zu beobachtenden Vorsichtsmaassregeln, ist die correcte Richtung, in welcher der Flüssigkeitsstrahl dirigirt werden muss. Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass der Strahl bei natürlicher Kopfhaltung horizontal geleitet wird und der Ballon nur durch ganz milden und langsamen Druck bei geöffnetem Munde entleert werden darf, andernfalls durch Eindringen in die Nebenhöhlen empfindliche Schmerzen, unter Umständen auch Nebenhöhlenaffectionen erzeugt werden können. Doch lassen sich durch verschiedene Kopfhaltung, durch grössere oder geringere Vor- oder Rückwärtsbeugung manche Modificationen anbringen. Das gefürchtete Eindringen von Flüssigkeit oder Hineinschwemmen von Secreten in die Tuba oder andere Nebenhöhlen hatte ich bis jetzt durch vorsichtige Handhabung niemals zu beklagen. Ich mache selten auch mehr als 2, höchstens 3 Einspritzungen auf beiden Seiten. Das ist für gewöhnlich vollkommen ausreichend.

Meine Herren! Ich bin zu Ende und es würde mich freuen, wenn es mir gelungen wäre, Sie zur Nachprüfung meiner Methode anzuregen, besonders diejenigen Herren, denen ein grösseres klinisches Material zur Beobachtung steht. Zur besonderen Genugthuung aber würde es mir gereichen, wenn es mir gelingen würde, durch eine allseitige Bestätigung meiner Anschauungen auf den innigen Zusammenhang der Erkrankungen der oberen Luftwege mit der internen Medicin hinzuweisen.

Aus der Dr. Flatau'schen Privat-Frauenklinik in Nürnberg.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Glycerin.

Von Dr. *S. Flatau,* Frauenarzt.

Dass die Frage nach dem besten Mittel behufs Einleitung und Vollendung der künstlichen Frühgeburt noch zur Zeit eine offene ist, erhellt leicht daraus, dass immer wieder neue Vorschläge in dieser Hinsicht in der Fachliteratur auftauchen und gepriesen werden. Unter dem besten Mittel wäre das zu verstehen, das die Erregung wahrer, kräftiger Wehen in schnellster, sicherster, ungefährlichster Weise auslöst, ohne dabei die physiologischen günstigen Bedingungen für den Verlauf und die Beendigung der Geburt zu stören. Nach den Anpreisungen Pelzer's[1]) durfte man glauben, in den intrauterinen Injectionen von Glycerin dem Besten nahe gekommen zu sein, um so mehr als das Verfahren sehr bald von Anderen, Clifton Edgar[2]), Alexander R. Simpson[3]), Jennet[4]), nachgeahmt und gerühmt wurde, bis endlich von Pfannenstiel[5]) ein schriller Warnungsruf vor der Anwendung der intrauterinen Glycerininjectionen in der von Pelzer geforderten Menge — 100 g — erscholl. Er berief sich dabei auf einen seiner Fälle, der unter den Erscheinungen von Hämoglobinurie und acuter Nephritis 8 Stunden nach dem Eingriff starb. Inzwischen wurde auch von Müller[6]) aus der Münchener Klinik ein Fall berichtet, der durch hohen Fieberanstieg, Dyspnoe und Auftreten von Hämoglobinurie und Albuminurie so ängstigend verlief, dass auch Müller, sonst dem Pelzer'schen Verfahren nicht unsympathisch gegenüberstehend, sich für die Zukunft nur geringer Mengen Glycerin bedienen will. In der sich nun zwischen Pelzer und Pfannenstiel entwickelnden Polemik kam es zu der Entdeckung, dass die sogenannte Pelzer'sche Methode ihren Ursprung F. Frank-Köln verdankte, und unter der kritischen Lupe Pfannenstiel's fanden sich unter den bis dahin bekannten 31 nach Frank behandelten Frühgeburten im Ganzen 6, bei denen die Krankheitserscheinungen und in 4 Fällen von ihnen auch die Todesursache ohne Zwang in ursächliche Beziehung mit den Glycerininjectionen gebracht werden konnten. Wenn also demnach die Intoxicationsgefahr des Glycerin bewiesen war, so war doch seine rasch wehenanregende Wirkung nicht zu leugnen. Es galt nun die Aufgabe, diese letztere Eigenschaft auszunutzen und zugleich die Gefährlichkeit zu beseitigen. Schon Müller macht den Vorschlag, in künftigen Fällen es mit viel kleineren Dosen zu versuchen und Edgar hat bei seinen 2 Patientinnen je 15 g eingespritzt, Simpson in seinem zweiten Fall nur 30 g.

Da kam Theilhaber[7]) in München auf den Gedanken, die wehenanregende Eigenschaft des Glycerin in ganz kleinen Dosen zu verwenden, indem er ganz richtig schloss, dass nicht der von Pelzer behauptete Diffusionsprocess zwischen Fruchtwasser und Glycerin durch die Eihäute hindurch die Anregung zur Auslösung von Uteruscontractionen gebe, sondern nur allein die chemisch reizende Eigenschaft des Glycerins. Und so verwandte er das Glycerin in Stäbchenform, indem er ein 15 cm langes Fischbeinstäbchen mit einer aus Gelatine und Glycerin ana zusammengesetzten, durch Zusatz von 0,2 Trikresol antiseptisch gemachten Masse armirte, so dass etwa 5 g Glycerin enthalten waren. Ein von ihm so behandelter Fall reagirte auf die Einführung eines solchen Stäbchens zwischen Eihäute und Uteruswand in prompter Weise. Während andere Mittel, Wechseldouchen, Vaginaltamponade mit Jodoformgaze ohne jede Wirkung waren, traten schon 2 Stunden nach der Application des Glycerinstäbchens kräftige Wehen ein, die nach Einlegung eines zweiten Stäbchens rasch zur Beendigung der Geburt führten. Da Nachprüfungen dieser neuen und gefahrlosen Methode der Verwendung des Glycerin zur Frühgeburt räthlich schienen, wandte ich dasselbe in 3 sich in kurzer Zeit mir bietenden Fällen an. Nur modificirte ich das Verfahren Theilhaber's in folgender Weise: Statt des schwer erhältlichen, auch etwas kurzen Fischbeinstäbchens verwandte ich ein dünnes elastisches Bougie; dieses wurde zunächst gründlich mit steriler Watte abgerieben und dann mit 1 pro mille Sublimatcollodium überzogen. Die Ueberzugmasse selbst hatte folgende Formel: Gelatine, Aqua dest. ana 20,0, Glycerin 80,0, Trikresol 1,2. Sie hat gegenüber der Theilhaber'schen Mischung den Vorzug grösserer Flüssigkeit und es lässt sich leichter damit arbeiten.[8]) Es kamen auf das Bougie an wirksamem Glycerin ca. 12,0 g zur Verwendung. Ich hoffte, durch diese grössere Dosis ein zweimaliges Einführen des Stäbchens zu vermeiden und damit einer die Aseptik des Processes gefährdenden Polypragmasie auszuweichen. Nach gründlicher Säuberung des Vaginalrohres, der Portio und Cervix vermittelst 2 proc. Lysollösung wurden die Bougies im Trelat'schen Speculum nach Anhakung und Herabziehung der Portio zwischen

---

[1]) Archiv für Gynäkologie, Bd. XLII, Seite 220.
[2]) Med. Record. 1892. Nov. 26.
[3]) Edinburgh med. Journal 1893, April.
[4]) New-York Journal of gyn. 1893.
[5]) Centralblatt für Gynäkologie 1894, No. 4.
[6]) Münchener med. Wochenschrift 1894, No. 4.
[7]) Centralblatt für Gynäkologie 1894, p. 474.
[8]) Die Glycerinbougies wurden in der Mohrenapotheke in Nürnberg in mustergiltiger Weise angefertigt.

hinterer Uteruswand und Fruchtblase hinaufgeschoben. Es mögen nun hier die Journalauszüge folgen:

1) Frau L., 28 Jahre alt, Fabrikantensfrau aus Röthenbach, II para: in der 32. Schwangerschaftswoche; schon in der I. Gravidität waren bedrohliche psychische Störungen melancholischen Charakters aufgetreten, die sich in der II. in stärkstem Maasse wiederholten und sich bis zu mehrmaligen Versuchen des Suicidiums steigerten. Allgemeinbefinden gut; Kind in II. Beckenendlage, Herztöne kräftig. Mit Einwilligung des Hausarztes Dr. Ziege in Schweinau wurde am 29. VI. 94 10 Uhr a. m. ein Bougie eingeführt. Schon um 12½ Uhr traten Wehen ein, die regelmässig wiederkehrend Abends 8¾ Uhr ein lebendes Kind zu Tage förderten. Urinuntersuchungen und Temperaturmessungen wurden alle 2 Stunden vorgenommen: die Temperatur war stets normal, der Urin frei von Eiweiss und Hämoglobin.

2) Frau M., 32 Jahre alt, Posamentirsgattin aus Nürnberg, V para. Plattes, rhachitisches Becken, Conjugata vera 8 cm. Die ersten beiden Kinder waren von Seite eines anderen Collegen perforirt worden. III. Part. im Jahre 1892, als Partus praematurus spontan; durch mich in der 32. Woche durch Wendung beendigt; lebendes Kind. IV. Partus im Jahre 1893 als künstliche Frühgeburt nach Krause'scher Methode in 3½ Tagen; Wendung, schwächliches Kind. V. Partus 1894; in den letzten 3 Monaten Diätcur nach Lahmann-Prochownik. In der 34. Schwangerschaftswoche am 3. VII. 94 Einführen eines Glycerinbougies Mittags 1 Uhr: Abends 6¾ Uhr spontane Geburt eines kräftigen 3020 g schweren Knaben in Beckenendlage mit Anwendung Walcher'scher Hängelage. Allgemeinbefinden gut; Urin und Temperatur normal.

3) Frau W., 36 Jahre alt, Arbeiterin aus Nürnberg, XIV para; von Herrn Dr. Gross an mich verwiesen. Die Indication zur Einleitung der Frühgeburt liegt in einer kolossalen Hernia lineae albae; der Uterus hängt dicht unter der dünnen Bauchhaut; Versuche durch Binden und Gurte dem unerträglichen Zustande ein Ende zu machen, bleiben fruchtlos; in der mehrwöchentlichen Beobachtungszeit mehrte sich die Gefahr einer Usur der Bauchhaut. Darauf Einleitung des künstlichen Aborts im 6½. Schwangerschaftsmonat. Am 9. VII. 94 Vormittags 10 Uhr Einführen eines Bougies; Abends 6 Uhr Eintreten von Wehen, 8 Uhr starker Schüttelfrost, Nachts 12 Uhr Geburt eines todten Fötus. Urin stets ohne Eiweiss und Hämoglobin.

Ein günstiger Zufall hatte mir innerhalb weniger Wochen diese 3 Fälle in die Hände gespielt, und der Erfolg der angewandten Methode liess in keinem Falle etwas zu wünschen übrig. Die Wehen traten in überraschend kurzer Zeit auf, blieben bis zum Schluss anhaltend kräftig. Besonders im Falle 3 war die rasche Wirkung des glycerinirten Bougies augenfällig, indem der nur in 6½ Monat der Gravidität befindliche Uterus so prompt reagirte, obwohl es doch bekannt, dass je entfernter das physiologische Ende der Schwangerschaft, desto schwerer der Uterus zu Wehen zu bringen ist.

Das Allgemeinbefinden war stets ungestört. Den im Falle 3 eingetretenen Schüttelfrost möchte ich bei dem Fehlen jeder anderen Symptome am ehesten mit dem eingetretenen Fruchthode in ursächliche Beziehung bringen.

Wie schon Theilhaber in seiner Arbeit sagt, könne man ja nun behaupten, dass die Erregung der Wehen mehr dem mechanischen Einfluss des Bougies resp. Stäbchens zuzuschreiben sei, als dem Glycerin. Aber Jeder, der mit der Krause'schen Methode gearbeitet hat, wird zugeben, dass ein so schnelles Antworten auf das Einführen des Krause'schen Bougie nur zu den seltensten Ausnahmen gehört, dass meistens Tage vergehen, ehe wirkliche Wehen sich einstellen, dass oft die Einführung von Bougies wiederholt werden muss.

Lehrreich in dieser Beziehung ist mein Fall 2, wo im Jahre 1893 das Krause'sche Bougie erst nach 3½ Tagen zum Ziele führte, während das Glycerinbougie schon in 6 Stunden die Geburt zu Ende brachte. Ich denke mir die rasche Wirkung folgendermaassen: Das eingeführte Quantum Glycerin wirkt als chemischer Reiz contractionsanregend auf die glatten Muskelfasern des Uterus: ist so erst einmal der ruhende Muskel geweckt, gereizt, so tritt das nackte Bougie mit seinem mechanischen Reiz leichter und eindringlicher in Wirkung. Es addirt sich in der Glycerinmodification des Krause'schen Bougies der chemische und mechanische Reiz zu einem rasch wirkenden Ganzen! Die Bougies sind meiner Ansicht nach den Theilhaber'schen Stäbchen vorzuziehen, da sie leichter erhältlich sind und bei grösserer Länge mehr Glycerinmasse aufnehmen können. Das kurze Fischbeinstäbchen dürfte auch in der Hand des Ungeübten die Gefahr des Perforirens entweder der Uteruswand oder der Eihäute haben. Wenn Theilhaber seine Methode eine „verbesserte Auflage" der Krause'schen nennt, so darf ich vielleicht meine mit je 12 g Glycerin armirten elastischen Bougies eine „vermehrte und verbesserte" Auflage nennen. Und da wir noch auf der Suche sind nach dem besten Mittel zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, so darf wohl auch zur Erkenntniss eines genauen Urtheils die Methode der mit Glycerin überzogenen elastischen Bougies einer Nachprüfung werth sein!

Aus dem pathologischen Institut zu München.

Beitrag zur Lehre von den Gewichten der menschlichen Organe.

Von Dr. *Hermann Juncker* aus Vörstetten (Baden).

(Schluss.)

Das Lebergewicht.

Wie die Lunge, so ist auch die Leber ein sehr blutreiches Organ; ihr Gewicht hängt daher in gewissem Maasse von der Füllung der Gefässe ab. Indess ist dies lange nicht in dem Grade der Fall wie bei der Lunge, da das Lebergewebe selbst doch eine recht compacte Masse bildet gegenüber dem Lungenparenchym.

Dass die Füllung der Gefässe viel ausmacht, hat Sappey durch einen Versuch dargethan. Zuerst wog er die völlig entblutete Leber und fand ein Gewicht von 1451 g. Nun injicirte er sie mit Wasser; das Gewicht wurde dadurch auf 1937 g erhöht, also um ein Drittel des blutleeren Organs. Für gewöhnlich wird die Leber weder blutleer, noch stark mit Blut gefüllt zur Wägung kommen, sondern mit einem mittleren Füllungszustand der Gefässe. Das Durchschnittsgewicht wird also zwischen jenen beiden Zahlen von Sappey liegen.

Von früheren Angaben über das Lebergewicht, deren viele existiren, seien die folgenden erwähnt. Aus den Lebergewichten der 4 von Gluge veröffentlichten Fälle berechnet sich das Mittel auf 1353 g. Diese niedere Zahl hängt auch mit dem grossen Blutverlust, den 3 von jenen Individuen erlitten hatten, zusammen. Vierordt gibt 1612 g als Durchschnitt an. Blosfeld berechnet bei seinen 36 Männern das Lebergewicht auf 1617 g, bei den 8 weiblichen Leichen auf 1570 g, Dieberg bei beiden Geschlechtern auf 1692 g. Nach Krause schwankt es zwischen 1578 und 2105 g und beträgt im Mittel 1871 g, Henle hält Gewichte von 820—2100 g für normal. Die grössten Zahlen gibt Orth an: 2000—3000 g. Gocke berechnet aus seinen normalen Fällen ein Mittelgewicht von 1691 bei Männern, ein solches von 1482 g bei Weibern. Ganz ähnliche Resultate finde auch ich, nämlich 1693 g beim Mann und 1451 g beim Weib.

Die individuellen Verschiedenheiten, denen das Organ ausgesetzt ist, sind sehr bedeutende. Nach meinen Tabellen schwankt es bei Männern zwischen 870 und 2550 g, bei Weibern zwischen 760 und 2150 g. Also um das Dreifache kann die Leber in ihrem Gewichte individuell schwanken. Woher diese Verschiedenheiten rühren, das vermag ich nicht zu ersehen. Mit dem Körpergewicht hängen sie jedenfalls nicht zusammen, wie ein Blick auf die Tabellen Ib und c*) zeigt, und die verschieden starke Füllung mit Blut scheint mir auch zu ihrer Erklärung nicht vollständig zu genügen.

Das Lebergewicht des Neugeborenen beträgt nach Vierordt durchschnittlich 118 g. Eine ähnliche Zahl finde auch ich, nämlich 130 g. Es zeigt in der Jugend eine constante Zunahme und bietet nichts Auffälliges. Im Alter von 6—10 Jahren beträgt es nach Gocke 695 g, vom 11.—15. Jahr 1035 g. Diese Angaben stimmen mit den meinigen in Tabelle IIa ziemlich gut.

Die Zunahme des Lebergewichtes scheint das Wachsthum des Körpers bedeutend zu überdauern; schon Gocke macht darauf aufmerksam. Er gibt folgende Tabelle:

*) Diese Tabellen sind in der Wochenschrift wegen Raummangel nicht abgedruckt, werden dagegen in der Separatausgabe der Arbeit in den „Münchener Medicinischen Abhandlungen" I. Reihe (Arbeiten aus dem Pathologischen Institut) enthalten sein.

Alter	Lebergewicht
16—20 Jahre	1430 g
21 - 25 „	1580 „
26—30 „	1686 „
31—35 „	1657 „
40—48 „	2162 „
56 „	1457 „

Daraus schliesst er, dass die Zunahme bis in die 40er Jahre dauere. Die Tabelle IIb zeigt bei Männern ebenfalls ein Wachsthum der Leber bis zum 40. Lebensjahr. Von da erfolgt wieder eine constante Abnahme. Bei Weibern ist das Maximum schon mit 30 Jahren erreicht und von hier an sinkt das Gewicht wieder stetig. Ob dies Zufall ist oder ob beim Weib wirklich die Leber durchschnittlich früher wieder abnimmt als beim Mann, darüber wage ich bei meiner nicht sehr grossen Zahl von weiblichen Organen nicht zu entscheiden. Aber denken könnte man, dass vielleicht durch den Druck, den die Leber beim Schnüren erfährt und der bei Uebermaass desselben zur Schnürleber führt, wirklich eine frühere Reduction des Organs veranlasst wird.

Wie das absolute, so ist auch das relative Lebergewicht grossen individuellen Schwankungen ausgesetzt. Henle gibt als Grenzen $^1/_{24}$ und $^1/_{40}$ an. Im Durchschnitt beträgt es nach Vierordt 2,77 Proc. des Körpergewichts ($= ^1/_{36}$). Gocke berechnet es bei Männern zu $^1/_{34}$, bei Weibern zu $^1/_{33}$. Ich finde zwischen Leber- und Körpergewicht beim Mann das Verhältniss von 1 : 35,2, beim Weib von 1 : 34,9. Dies stimmt mit den Angaben von Gocke ziemlich genau überein. Man ersieht aus den Zahlen, dass zwischen dem relativen Lebergewicht des Mannes und dem des Weibes kein wesentlicher Unterschied besteht.

Das Verhalten des relativen Lebergewichtes in verschiedenen Lebensaltern betreffend geben Reid und Peacock folgende Zahlen an:

bei Männern:

Alter	rel. Lebergewicht	Alter	rel. Lebergewicht
1—5	$1 : 21^2/_9$	30—40	$1 : 35^1/_2$
5	$1 : 23^2/_{16}$	40—50	$1 : 35^5/_6$
7	$1 : 21$	50—60	$1 : 35^1/_4$
13—15	$1 : 25^{24}/_{28}$	60—70	$1 : 43^3/_9$
20—30	$1 : 29^3/_5$		

bei Weibern:

2—4	$1 : 20$	20—30	$1 : 33^2/_7$
7—10	$1 : 22^1/_4$	40 - 50	$1 : 42^1/_6$
16—20	$1 : 30^5/_{12}$	60	$1 : 25^1/_4$

Demnach würde das relative Lebergewicht in der Jugend am grössten sein und mit dem Alter immer mehr abnehmen. Auch nach meinen Resultaten ist die Leber in der frühen Kindheit relativ am schwersten, aber nicht beim Neugeborenen. Bei diesem beträgt das relative Lebergewicht $^1/_{29}$ vom Körpergewicht (nach Vierordt 4,39 Proc. $= ^1/_{23}$). In den nächsten 2 Jahren steigt es dann auf $^1/_{18}$. Erst von da an nimmt es wieder ab und erreicht zwischen dem 10. und 15. Lebensjahr den Werth, welchen es beim Erwachsenen durchschnittlich hat. Auf dem nun erreichten Stand bleibt es durch das ganze mittlere Lebensalter stehen und sinkt erst im Greisenalter wieder etwas herab.

Das Milzgewicht.

Eines der variabelsten Organe überhaupt, was Grösse anbetrifft, ist die Milz. Schon bei Gesunden schwankt ihr Gewicht in weiten Grenzen, ja selbst beim einzelnen Individuum ist ihre Grösse nach verschiedenen Zeiten wechselnd. So wird sie z. B. während des Verdauungsprocesses schwerer, um nach seiner Beendigung wieder abzunehmen. Und erst bei Kranken! Wie viele Krankheiten gibt es, die auf die Grösse der Milz Einfluss haben? Häufig ist auch nach langer Zeit noch diese einstige Schädigung durch Krankheiten an ihr bemerkbar.

Das Gewicht der Milz wird sehr verschieden angegeben, wie begreiflich bei der grossen Variabilität ihrer Grösse. Die höchste Zahl nennt Dieberg, nämlich 298 g. Nächstdem kommt Krause mit 248 g. Vierordt berechnet als Resultat der Wägungen verschiedener Autoren 201 g im Durchschnitt. Sappey hat, wie die Leber, so auch die Milz zuerst in blutleerem Zustand gewogen und fand als Gewicht 195 g. Durch Injection mit Wasser bis zur Spannung der Kapsel vermehrte sich das Gewicht durchschnittlich um 30 g. Blosfeld erhält bei seinen schon öfters erwähnten normalen Leichen ein durchschnittliches Milzgewicht von 176 g für Männer und 187 g für Weiber; Gluge bei seinen 4 männlichen Leichen ein solches von 173 g. Gocke gibt es beim Mann auf 161 g an, beim Weib auf 172 g. Die niedersten Durchschnittszahlen habe ich berechnet, nämlich bei Männern 159,8, bei Weibern 155,7 g. Ein grosser Unterschied besteht zwischen den Angaben von Blosfeld, Gluge, Gocke und mir nicht. Auffallend ist nur, dass Blosfeld und Gocke für das Milzgewicht des Weibes grössere Werthe angeben, als für das des Mannes. Das würde im Gegensatz stehen zum Verhalten aller übrigen Organe. Es wird jedoch richtiger sein anzunehmen, dass die Milz bei beiden Geschlechtern so ziemlich die gleiche Grösse hat, wie aus meinen Zahlen hervorgeht, und jene grösseren Werthe für die Milz des Weibes bei der verhältnissmässig geringen Anzahl von Fällen, die jenen zwei Autoren zu Gebote standen, als zufällig zu betrachten.

Die Grenzen, innerhalb deren das Milzgewicht schwankt, sind, wie schon oben gesagt, sehr weite. Krause gibt sie von 205—307 g an. Doch darf man entschieden noch weiter gehen. Nach meinen Tabellen ist das höchste Gewicht beim Mann 290, beim Weib 350 g, das niederste 50, beziehungsweise 70 g. Also Schwankungen um das Fünffache des niedersten Gewichtes kommen vor. Dass dieselben in keiner Beziehung zum Körpergewicht stehen, darüber belehrt uns ein Blick auf die Tabellen Ib und c ohne weitere Rechnung.

Ein sehr kleines Organ ist die Milz des Neugeborenen. Vierordt gibt ihr Gewicht auf durchschnittlich 11,1 g an. Damit stimmt auch das von mir berechnete Durchschnittsgewicht überein; ich finde 10,7 g. Das Verhalten in den folgenden Kinderjahren zeigt nichts Auffallendes. Das Milzgewicht beträgt nach Schmidt:

von 1—2 Jahren	19,8 g
„ 2—3 „	40 „
„ 6—7 „	62 „

nach Gocke:

von 1— 5 Jahren	43 g
„ 6—10 „	76 „
„ 11—15 „	113 „

Die von mir festgestellten Zahlen (vergl. Tab. IIa) sind etwas kleiner als die von Gocke, wohl da er nur Kinder zur Statistik verwandte, die an acuten Krankheiten verstorben waren und zwar meist an Infectionskrankheiten, die ja auf die Grösse der Milz steigernd einwirken.

Die definitive Grösse dürfte die Milz zugleich mit der Vollendung des Körperwachsthums erreichen. Irgend eine Regelmässigkeit in ihrem Verhalten im späteren Leben kann ich nicht entdecken. Nur die Angabe von Henle, die auch Gocke bestätigt, dass das Organ in höherem Alter wieder eine Abnahme erfahre, scheint mir zutreffend; denn die meisten Milzgewichte der Tabellen Ib und Ic von Leuten über 50 Jahren halten sich, zum Theil sehr beträchtlich, unter dem Mittel.

Das relative Milzgewicht des Erwachsenen wird von Vierordt auf 0,346 Proc. ($= ^1/_{289}$) angegeben. Nach Henle beträgt es $^1/_{320} — ^1/_{400}$. Gocke berechnet dasselbe bei Männern auf $^1/_{367}$, bei Weibern auf $^1/_{292}$. Aus meinen Zusammenstellungen ergibt sich ein solches von durchschnitt- 1 : 358,1 beim Mann, von 1 : 338 beim Weib. Die Milz ist also beim Weib im Durchschnitt relativ schwerer als beim Mann. Gar so einen grossen Unterschied wie Gocke finde ich freilich nicht.

Beim Neugeborenen beträgt das Gewicht der Milz nach Vierordt 0,41 Proc. ($= ^1/_{244}$) des Körpergewichts. Er hält dasselbe also relativ für etwas höher als beim Erwachsenen. Aus meiner Tabelle IIa ist zu ersehen, dass es etwa gerade so gross ist wie in späteren Jahren. Aber gleich nach der Geburt steigt es und erreicht erst im 5. Lebensjahr wieder

denselben Stand, wie bei der Geburt. Beim Erwachsenen ist das relative Milzgewicht, wie schon Henle und Gocke angegeben, im Mittel zwar ziemlich constant, macht aber im Einzelnen sehr beträchtliche und unregelmässige Schwankungen. Im höheren Alter nimmt es wieder merklich ab. Es beträgt beim Mann über 50 Jahren durchschnittlich 1 : 513,4, beim Weib im gleichen Alter 1 : 407,5, also bei beiden beträchtlich unter dem Mittel.

Das Nierengewicht.

Das letzte Organ, dessen Gewicht wir betrachten wollen, ist die Niere. Die meisten Autoren, welche sich mit den Organgewichten abgegeben, haben immer das Gewicht einer Niere bestimmt, d. h. jede für sich gewogen. Abweichend hievon ist es am hiesigen pathologischen Institut Usus, das Gewicht beider Nieren zusammen (nach Entfernung der Kapseln) zu bestimmen. Im Wesentlichen ist der Unterschied nicht gross, ob man beide zusammen wägt, oder jede für sich. Der Gewichtsunterschied zwischen beiden ist jedenfalls nur sehr gering. Henle gibt ihn auf durchschnittlich $^1/_4$—$^1/_6$ Unze (5—8 g) an zu Gunsten der linken. Sodann functioniren ja beide Nieren zusammen als ein Organ, haben also für den Organismus eine einheitliche Bedeutung. Sie können daher mit Recht auch bei der Wägung als Eins behandelt werden.

Von früheren Gewichtsbestimmungen erwähnen wir die folgenden: Henle gibt das Gewicht einer Niere auf 3—6 Unzen an (90—180 g). Wenn man bei den 4 Männern, deren Organgewichte Gluge mittheilt, das mittlere Nierengewicht berechnet, so erhält man 252 g. Nach Gocke beträgt es bei Männern 273, bei Weibern 251 g. Eine sehr grosse Zahl von leider fast lauter pathologischen Fällen hat Boyd zusammengestellt. Das Mittel aus denselben beträgt bei Männern 283 g (aus 1025 Fällen), bei Weibern 246 g (aus 1061 Fällen). Vierordt berechnet es ohne Unterschied des Geschlechts auf 261 g, Krause für eine Niere auf 117—175 g, Orth auf 150 g. Nach den Resultaten bei Blosfeld's normalen Fällen beläuft sich das durchschnittliche Nierengewicht beim Mann auf 311 g. Davon entfallen auf die linke 161, auf die rechte 150 g. Beim Weib ist das Durchschnittsgewicht 278 g, wovon auf die linke 141, auf die rechte 137 g kommen. Reid berechnet für eine Niere beim Mann 158 g, für die des Weibes 140,8 g; Dieberg für die linke Niere beim Mann 162, für die rechte 161 g (zusammen 323 g). Im Allgemeinen ist kein sehr grosser Unterschied in diesen Angaben zu bemerken. Aus meinem Material geht als Durchschnittsgewicht beider Nieren hervor: beim Mann 286,7 g, beim Weib 258,8 g. Diese Zahlen stimmen auch ganz gut mit den meisten oben angegebenen überein.

Im Einzelnen kommen wohl auch sehr beträchtliche Schwankungen im Gewicht der Nieren vor. So ist nach meiner Zusammenstellung bei Männern das höchste Gewicht 420 g, das niederste 139 g, bei Weibern das höchste 415, das niederste 150 g. Aber im Allgemeinen entfernen sich die Nieren nur bei wenigen Individuen so weit vom Mittelgewicht; weitaus die meisten halten sich in der Nähe des letzteren, und es macht den Eindruck, als ob die Nieren in ihrem Gewicht wenig Variationen zeigten. Die des Weibes sind durchschnittlich um 20 g leichter, als die des Mannes.

Das Nierengewicht des Neugeborenen beträgt nach Vierordt 23,6 g, nach Thoma bei Knaben 24,7 g und bei Mädchen 19,3 g. Ich finde als Durchschnitt (ohne Unterscheidung nach Geschlechtern) 26,5 g.

Das fernere Verhalten des Nierengewichtes wird sehr gut veranschaulicht durch eine sehr umfassende Tabelle, die Thoma mit Berücksichtigung aller Lebensalter aufgestellt hat:

Alter	Nierengewicht männl.	weibl.	Alter	Nierengewicht männl.	weibl.
Neugeboren	24,7	19,3	14—20 Jahre	265	258
0—3 Monate	28,1	26,6	20—30 „	328	288
3—6 „	36,8	30,9	30—40 „	322	293
6—12 „	68,9	52,4	40—50 „	309	249
1—2 Jahre	72,3	68,0	50—60 „	258	242
2—4 „	94,4	89,0	60—70 „	250	235
4—7 „	114,8	120,7	70—80 „	303	216
7—14 „	186,5	163	über 80 „	234	194

Daraus ist eine Zunahme bis in die dreissiger Jahre zu ersehen. Von dort an nimmt das Nierengewicht wieder langsam ab. Auch nach Gocke würde eine Zunahme bis in die vierziger Jahre stattfinden und dann wieder eine Abnahme:

Alter	Nierengewicht
16—20 Jahre	242
21—25 „	273
26—30 „	281
31—35 „	284
40—48 „	300
56 „	250

Meine Tabellen lassen diese Verhältnisse nicht sehr deutlich erkennen. Bei Männern würde sich eher eine Zunahme bis in's Alter erkennen lassen, während bei Weibern das Maximum mit 30 Jahren erreicht ist. Nachher erfolgt wieder eine Abnahme.

Das Nierengewicht macht nach Vierordt bei Erwachsenen durchschnittlich 0,48 Proc. (= $^1/_{208}$) des Körpergewichtes aus. Reid und Peacock geben das Verhältniss = 1 : 168 an, Thoma = 1 : 192, Blosfeld = 1 : 200. Am leichtesten findet es Henle, nur = 1 : 240. Nach Gocke ist das relative Nierengewicht bei Männern im Durchschnitt = 1 : 216, bei Weibern 1 : 175. Ich habe es beim Mann auf 1 : 213,8, beim Weib auf 1 : 197,5 berechnet. Das relative Nierengewicht beim Weib ist also höher als das beim Mann.

Bei Betrachtung meiner Tabellen zeigt sich, dass die Nieren der Kinder relativ schwerer sind, als die Erwachsener. So machen sie beim Neugeborenen durchschnittlich $^1/_{143}$ des Körpergewichts aus (nach Vierordt $^1/_{114}$). In den nächsten Lebensjahren wird ihr relatives Gewicht noch grösser und erst im 5. Jahr hat es wieder den Werth wie beim Neugeborenen. Von da an sinkt es dann bis etwa zum 20. Lebensjahr. Späterhin scheint es ziemlich constant zu bleiben und keine irgendwie regelmässigen Schwankungen zu machen.

In der folgenden Tabelle habe ich die Durchschnittszahlen zusammengestellt, welche sich ergeben, wenn man das Material von Gocke und mir vereinigt zur Berechnung verwendet. Letzteres liegt um so näher, als wir Beide die Sectionsberichte desselben Instituts benützt, sowie vielfach unter denselben Gesichtspunkten gearbeitet haben. Die gewonnenen Zahlen haben natürlich nach Vergrösserung des Materials auch grösseren Werth. Eine Erklärung der Tabellen ist wohl überflüssig, da sie sich von selbst verstehen.

Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass diese meine Arbeit keine vergebliche sei, sondern dass es mir gelungen sein möge, einen, wenn auch bescheidenen Beitrag zur Lehre von den Organgewichten zu liefern. Es war mein Bestreben, das mir gebotene Material möglichst gründlich auszunützen, sowie in der Richtung aller mir aus der Literatur gewordenen Anregungen zu verwerthen.

Durchschnittsgewichte der Organe, berechnet aus den Zahlen von Gocke und den meinigen.

	Körpergewicht kg	Herz absolut	Herz relativ	Gehirn absolut	Gehirn relativ	Linke Lunge absolut	Linke Lunge relativ	Rechte Lunge absolut	Rechte Lunge relativ	Leber absolut	Leber relativ	Milz absolut	Milz relativ	Nieren absolut	Nieren relativ
Männer	59,7	346,3	1 : 172,3	1414,9	1 : 42,2	472,1	1 : 126,4	559,4	1 : 106,7	1692,8	1 : 35,3	160,1	1 : 366,6	284,0	1 : 210,2
Weiber	50,2	269,1	1 : 182,8	1260,8	1 : 39,9	379,7	1 : 132,2	389,1	1 : 129,8	1454,6	1 : 34,4	157,2	1 : 319,6	258,2	1 : 194,4

Literatur.

1) Henle, Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen. Braunschweig, 1866.
2) Ziegler, Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Jena, 1890.
3) Krause, Handbuch der menschlichen Anatomie. Hannover, 1880.
4) Bollinger, Idiopathische Herzhypertrophie. München, 1886.
5) H. Vierordt[1]), Anatomische, physiologische und physikalische Daten und Tabellen. Jena, 1888.
6) Blosfeld, Organostathmologie oder Lehre von den Gewichtsverhältnissen der wichtigsten Organe des menschlichen Körpers zu einander und zum Gesammtgewichte. Erlangen, 1864.
7) R. Thoma, Untersuchungen über die Grösse und das Gewicht der anatomischen Bestandtheile des menschlichen Körpers im gesunden und kranken Zustande. Leipzig, 1882.
8) Gluge, Atlas der pathologischen Anatomie. Jena, 1850.
9) Th. L. W. v. Bischoff, Das Hirngewicht des Menschen. Bonn, 1880.
10) Gocke, Ueber die Gewichtsverhältnisse normaler menschlicher Organe. München, 1883. Inaug.-Diss.
11) Ueber die Grösse des Herzens bei Menschen und Thieren. I.-D. von Joseph Bergmann. München, 1884.
12) Müller, W. (Jena), Die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens. Hamburg und Leipzig, 1883.
13) Oppenheimer Karl, Ueber die Wachsthums-Verhältnisse des Körpers und der Organe. Zeitschrift für Biologie, 1889. (Aus dem pathologischen Institut zu München.)

Feuilleton.

M. J. Rossbach †.

Am 7. October ist M. J. Rossbach seinem schweren Leiden (Granularatrophie der Nieren mit Herzhypertrophie und deren Folgezuständen) erlegen. Seine Krankheit hatte ihn schon seit einigen Jahren gezwungen, von der klinischen Thätigkeit und dem praktischen ärztlichen Berufe sich zurückzuziehen, und nur mit wissenschaftlicher Arbeit füllte er, bis in die letzte Zeit unermüdlich thätig, die unfreiwillige Musse aus. Bei der Natur des Zustandes war ein anderer als der jetzt erfolgte Ausgang ja nicht zu erhoffen. Aber mit schmerzlicher Wehmuth erfüllt es, einen Mann, der alle Zeit von der grössten Arbeitsenergie und der regsten Thätigkeit gewesen, noch auf der Höhe des Schaffens und in der Vollkraft des Lebens von tückischer Krankheit erfasst und widerstandslos einem frühen Tode entgegengeführt zu sehen.

Rossbach wurde am 12. Februar 1842 zu Heidingsfeld bei Würzburg geboren, studirte in Würzburg, München, Berlin und Prag, promovirte 1865 und habilitirte sich für Arzneimittellehre in Würzburg 1869, woselbst er 1874 zum Extraordinarius befördert wurde. Da Rossbach's wissenschaftliche Thätigkeit sich immer neben der Arzneimittellehre auch ebenso auf die innere Medicin erstreckt hatte und da er den Wunsch hegte, ganz der klinischen Thätigkeit sich zuzuwenden, so wurde er von der medicinischen Facultät in Jena bei meinem Abgange von dort (1882) als Kliniker vorgeschlagen und auch berufen.

In der ersten Zeit wissenschaftlichen Arbeitens beschäftigte sich Rossbach neben verschiedenen anderen Thematen wesentlich mit Laryngologie, derart, dass er auch unter den Specialvertretern dieses Gebietes eine angesehene Stellung einnahm. Dann wandte er sich immer mehr der Pharmakologie zu. Die reiche Zahl der auf diesem Gebiete von ihm gelieferten, meist experimentellen Arbeiten ist bekannt. Sie zeichnen sich durch klare Fragestellung und scharfe Kritik aus und viele bringen namhafte Fortschritte, theils auf dem Gebiete des Thatsächlichen, theils in theoretischen und principiellen Fragen. Die Summe seiner pharmakologischen Studien zog Rossbach in dem Handbuch der Arzneimittellehre, dessen erste und zweite Auflage ich allein bearbeitet hatte und von dessen dritter Auflage ab er auf meinen Wunsch die Bearbeitung des physiologischen Theiles übernahm, welche er noch in siebenter Auflage als letzte wissenschaftliche Leistung vollführte. — Neben dem pharmakologischen Gebiete beschäftigte sich Rossbach aber auch in gleicher Intensität mit den physikalischen Heilmethoden, welche er in vorzüglich zusammenfassender Darstellung monographisch behandelt hat. In Jena wendete er sich wieder mehr den klinischen Fragen zu; er ergriff solche aus ganz verschiedenen Gebieten, hielt sich weniger an einen methodischen Arbeitsplan. Auch aus dieser Zeit stammen verschiedene werthvolle klinische Mittheilungen. Im Ganzen ist das Ergebniss von Rossbach's wissenschaftlicher Thätigkeit ein reiches und fruchtbares, insbesondere in der Pharmakologie hat er Arbeiten und Gedanken geliefert, welche einen wahrhaften Fortschritt erkennen lassen und bleibenden Werth besitzen.

Bei seiner klaren Auffassung, seiner eindringenden Kritik und seinem Beobachtungstalent würde sich Rossbach sicherlich zu einem ganz hervorragenden Kliniker entwickelt haben, wenn er vom Anfange seiner Laufbahn die Klinik als solche sich zum Ziel gesetzt und in deren Denkart ausschliesslich sich concentrirt hätte. Indessen hatte er auch ohnedies schöne Erfolge als Kliniker, und wenn dieselben nicht ganz seiner ungewöhnlichen Begabung und seinem reichen Wissen entsprachen, so ist das nur so zu erklären, dass er in der Hauptepoche seiner Entwicklungszeit mit anderen Methoden in einem anderen Fache arbeitend, erst relativ spät der rein klinischen Thätigkeit sich zuwandte.

Rossbach war eine scharf ausgeprägte Individualität: energisch und bestimmt in seinem Wollen, direct und ohne Umwege auf das losschreitend, was er für das Rechte hielt. Er war kein Mann der Compromisse, aber er war immer von den besten Absichten und von einem reinen Streben geleitet; mehr eine Kampfesnatur, aber ebenso zuverlässig und treu, wo er Treue und Freundschaft fand. Jetzt deckt die Erde den so thatkräftigen Mann, dem die letzten Jahre des Lebens so schweres Leid gebracht. Sein Andenken aber wird uns unvergesslich bleiben.

Nothnagel-Wien.

[1]) Die zweite Auflage (Jena 1893) dieses ausgezeichneten Werkes erschien erst nach Abschluss vorliegender Arbeit und konnte nicht mehr benützt werden.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. A. Trambusti und G. Nesti: Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Phloridzin-Diabetes. (Aus dem Laboratorium für allgemeine Pathologie an der k. Universität Florenz.)

Die beiden Untersucher haben Kaninchen und Hunden täglich Phloridzin in steigender Dosis von 10 cg bis 0,5 g auf das Kilo Thiergewicht verabreicht, die Thiere bei gemischter Diät gehalten und sie spätestens am 15. Tage getödtet. Sie referiren aber lediglich über die an Hunden gemachten Beobachtungen, da bei Kaninchen sich niemals histologische Veränderungen von Wichtigkeit gefunden haben. Sie fanden: fortschreitende Abnahme des Gewichtes der Thiere, reichlichen Zucker im Urin, Polyurie, Aceton in mässiger Menge und Eiweiss während der letzten Tage. Die histologische Untersuchung ergab dieselben anatomischen Veränderungen der Niere wie beim echten Diabetes, nämlich eine Coagulationsnekrose der zuerst geschwollen und körnig aussehenden Epithelien der Tubuli contorti und in geringerem Grade der Sammelröhrchen, welche weiterhin zur Bildung von Zelldetritus, körnigen (nie hyalinen) Cylindern und gänzlicher Abstossung der Epithelien geführt hatte. Sie leugnen dagegen das Vorkommen von Veränderungen an den kleinsten Nierenarterien und den Glomerulis und der „hyalinen Degeneration" der Nierenepithelien, wie sie von Armanni-Ehrlich beschrieben worden ist. Hyaline Degeneration haben sie nur perivasculär an den kleinen subcapsulär gelegenen Venen gefunden.

Als Ursache für die Epithelnekrose (Ebstein'sche Läsion) schuldigen sie das Aceton an, da sie gefunden haben, dass bei starker intra vitam bestandener Glycosurie und Acetonurie stärkere Epithelveränderungen sich zeigten als bei schwacher.

Die Albuminurie habe in den schweren Fällen ihren Grund in diesen Epitheldegenerationen, ferner in einer functionellen anatomisch nicht nachweisbaren Alteration der Glomeruli und endlich in Störungen des Blutlaufes in den Glomerulis. Denn

in Folge von Verschliessungen der Harnröhrchen durch Zelldetritus kam es da und dort zu Erweiterungen der Harnröhrchen und der Bowman'schen Capsel, zu Compression der Gefässschlingen des Glomerulus und dadurch auch zu Störungen der normalen Urinsecretion.

Es finde endlich keine Vermehrung der glycogenen Thätigkeit der Leber oder anderer Gewebe statt. In den Leberzellen lag das Glycogen in den Maschen des körnigen Protoplasmas in unregelmässigen Haufen, die Zelle war vergrössert, der Kern gut gefärbt, die sichelförmigen Körper, welche die Autoren in den Leberzellen der Diabetiker gefunden haben, zeigten sich nicht. In den Leukocyten, welche aus intra vitam entnommenem Blut stammten, zeigte sich selten Glycogen.

v. Notthafft-Würzburg.

Dr. **Hugo Heinzelmann: Gardone-Riviera am Gardasee.** Mit einem naturwiss. Beitrage von Oberbergdirector Prof. v. Gümbel. Verlag J. F. Lehmann. München. 68 S. 2 Karten.

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch strenge Wissenschaftlichkeit, durch reichen Inhalt und praktische übersichtliche Anordnung aus und kann als Führer Aerzten sowie Patienten, welche den neuerdings rasch emporblühenden Curort besuchen wollen, bestens empfohlen werden. Prof. Cornet.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Archiv für klinische Chirurgie. 48. Band. 4. Heft. Berlin, Hirschwald, 1894.

Zunächst eine Reihe von Arbeiten, die bereits aus dem Bericht über den Chirurgencongress bekannt sind:

1) W. Körte-Berlin: **Ausgedehnte Darmresection wegen Darmtuberculose, geheilt durch Implantation des Ileums in das Colon, und Exstirpation des ausgeschalteten Darmtheiles.**

2) Derselbe: **Zur chirurgischen Behandlung der Pankreaseiterung und Pankreasnekrose.**

3) E. Küster-Marburg: **Ueber Frühoperationen bei Osteomyelitis.**

4) Derselbe: **Rhinoplastik aus dem Arm.**

5) Derselbe: **Zur operativen Behandlung des Magengeschwürs.**

6) Rincheval-Köln: **Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung congenitaler Defecte eines Unterarm- und Unterschenkelknochens.**

7) Julius Wolff-Berlin: **Weitere Mittheilungen über die Operation der angeborenen Gaumenspalte.**

8) Bogdanik-Biala: **Ueber Mastdarmresection wegen Vorfall.**

9) Ledderhose-Strassburg: **Ueber Zerreissungen der Plantarfascie.**

10) Sonnenburg-Berlin: **Acutes operatives Myxödem, behandelt mit Schilddrüsenfütterung.**

11) Helferich-Greifswald: **Ein neues Operationsverfahren zur Heilung der knöchernen Kiefergelenksankylose.**

12) Derselbe: **Ueber künstliche und natürliche Ausgüsse der Gallenblase.**

13) Derselbe: **Ueber die Entfernung eines im Ureter sitzenden Steines und eine exquisite Divertikelblase.**

14) Derselbe: **Zur Biologie wachsender Röhrenknochen.**

15) Nasse-Berlin: **Ueber Experimente an der Leber und den Gallenwegen.**

16) Klemm-Riga: **Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den Knochenerkrankungen.**

Bei einer im Verlauf eines Typhus aufgetretenen Knochenentzündung des Femur konnte K. neben den Typhusbacillen gleichzeitig die Anwesenheit des Bacterium coli commune nachweisen.

17) Ihle-Dresden: **Ueber Desinfection der Messer für Operationen.**

Die Messer sind mehr wie alle anderen Instrumente Verunreinigungen ausgesetzt und daher unbedingt in kochendem Wasser zu sterilisiren. Die 1 proc. Sodalösung greift die Schärfe der Messer in keiner Weise an. Wenn die Messer beim Kochen stumpf werden, so geschieht das dadurch, dass sie mit ihrer Schneide an die anderen Instrumente und an die Ränder des Kochtopfes anstossen. Vermeiden lässt sich dieser Uebelstand in sehr einfacher Weise in einem von I. angegebenen Messerkasten, welcher mitsammt den anderen Instrumenten in den Kochtopf hineingelegt wird. Auch für die Nadeln hat I. einen ähnlichen Kasten verfertigen lassen.

Bei der Herstellung der 1 proc. Sodalösung muss man sich immer erinnern, dass die gepulverte Soda bis zu 75 Proc. Beimengungen enthält, und dass die beste krystallisirte Soda nur 37—38 Proc. wirkliche Soda hat, da das Uebrige Krystallwasser ist. Die gepulverte Soda ist von dem Gebrauch ganz auszuschliessen. Um mit der krystallisirten Soda eine 1 proc. Lösung herzustellen, muss man mindestens die 3fache Gewichtsmenge nehmen. Am besten nimmt man eine Soda der Pharmacopoea Germanica III.

Bei hartem Wasser (kohlensaurer und schwefelsaurer Kalk) muss man einen grösseren Sodazusatz nehmen. Auf den halben Liter Wasser soll man immer mindestens 3 Esslöffel voll krystallisirter Soda rechnen.

18) Sior: **Beiträge zur acuten Darmwandeinklemmung.** (Aus dem Landkrankenhause in Darmstadt.)

2 Fälle von Darmwandbrucheinklemmung, durch die Herniotomie geheilt. Bei der zweiten 80jährigen Kranken fand sich auch Netz im Bruchsack.

Zur Erklärung des Entstehens der Einklemmung erscheint dem Verfasser die Annahme einer Fixation des vorliegenden Darmtheiles nicht nothwendig. Man kann vielmehr annehmen, dass eine Anstrengung der Bauchpresse Darminhalt in das Darmwandstück treibt.

19) Hertold: **Zur Frage der schrägen Wangenspalte.** (Aus der Bardeleben'schen Klinik.)

Eine linksseitige Spalte, beginnend von der Stelle der typischen Hasenscharte und von da durch Haut und Schleimhaut nach aufwärts ziehend bis zur Mitte des unteren Augenlides. Der entsprechende Knochenspalt begann am Alveolarbogen zwischen äusserem Schneidezahn und Dens caninus, ging durch den Oberkieferknochen neben der Apertura pyriformis bis an die Stelle, wo sich das linke Nasenbein an das Stirnbein ansetzt, und setzte sich nach hinten zu einer totalen Kiefergaumenspalte fort.

Die näheren Verhältnisse (Processus nasalis medial vom Spalt, Vorhandensein einer Sutura interincisiva) scheinen für die Albrecht-Meyer'sche Ansicht zu sprechen, dass es 2 Zwischenkiefer gibt, und dass die Hasenscharte durch eine ausgebliebene Vereinigung dieser beiden, die schräge Wangenspalte durch eine ausgebliebene Vereinigung zwischen äusserem Zwischenkiefer und Oberkieferfortsatz entsteht.

20) F. Bähr: **Ueber eine Fractur des zweiten linken Rippenknorpels mit Nebenerscheinungen.**

Betriebsunfall. Die oben erwähnte Diagnose wurde nach 4 Monaten gestellt. Die Verletzung war durch Einwirkung einer grossen Gewalt auf den Rücken entstanden. Ein am Herzen beobachtetes Geräusch liess auf einen comprimirenden Bluterguss schliessen.

21) af Schultén-Helsingfors: **Ueber „Paget's disease of the nipple", nebst Mittheilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit.**

Die sehr ausgedehnte, seit 15 Jahren bestehende Affection reichte vom Acromion bis in's Epigastrium und vom rechten Oberarm bis zur linken Mammillarlinie. In der Mitte fand sich ein Krebsknoten. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Epithelwucherung und starke Infiltration der oberen Schichten. Unter den epithelialen Gebilden fanden sich Zellen, welche den von Anderen als Psorospermien beschriebenen Formen entsprechen.

Verfasser hält die Erkrankung für dem Krebs nahestehend.

22) Greiffenhagen-Reval: **Ueber die Nephrolithotomie vermittelst des Sectionsschnittes.**

2 Fälle von schwerer Nierensteinkolik. Beide Male wurde vermittelst des Sectionsschnittes der Stein aufgefunden und entfernt. Beide Nieren konnten nach einiger Zeit einer anatomischen Untersuchung unterworfen werden: Der erste Patient erlag einer Lungengangrän; bei der zweiten Kranken bildete sich, wohl in Folge einer heftigen Bronchitis, eine Wanderniere aus, so dass die Exstirpation der Niere nothwendig wurde. An der Stelle des Schnittes fand sich beide Male eine schmale fibröse Narbe, die nicht sehr weit in die Umgebung ausstrahlte. Wegen weiterer interessanter Einzelheiten sei auf die Arbeit selbst verwiesen. Krecke-München.

Centralblatt für Chirurgie. 1894.

No. 39. K. Cramer: **Ein seltener Fall von medianer Lippenspalte.**

Beschreibung und Abbildung eines Falles medianer Oberlippenspalte mit eigenthümlich knopfartigem Gebilde in der Mitte des harten Gaumens (retroponirter Zwischenkiefer oder Vomer).

No. 40. O. Witzel: **Zur Indication und Technik der Colostomie und Enterostomie.**

So sehr es die bisherigen Erfolge berechtigt und geboten erscheinen lassen, Exstirpation resp. Resection bei den Fällen zu empfehlen, bei denen bei guter Beweglichkeit des Organs in toto die Schleimhauterkrankung sich hoch hinauferstreckt, so führt doch andererseits eine derartige Operation bei mit Blase, Prostata oder Sacrum fest verwachsenem Rectum zu nichts Gutem und auch bei durch Jauchung und Blutung hochgradig erschöpften Personen verdient die Colostomie den Vorzug. W. hat zur Sicherung des Verschlusses den Rectus abdominis benützt und geschieht nach W. die Operation einfach und sicher in folgender Weise: Es wird durch einen links dicht an der Lin. alb. verlaufenden Schnitt unterhalb des Nabels die Eröffnung der Bauchhöhle vorgenommen, die Flexur ergriffen und mässig angezogen und der obere und untere Schenkel aneinander gedrängt und mit der tieferen Fascienlage vernäht, mit einem Elevatorium dann der linke Rectus stumpf in eine vordere und hintere Hälfte getheilt, das Instrument in den Lagen der Bauchwand weiter lateral geführt, daselbst ein Knopfloch eingeschnitten, durch das mittelst einer Schlinge der eingenähte Theil der Flexur angezogen und mittelst einiger Nähte fixirt wird, während erst nach 6 Tagen der vorstehende Theil mittelst Thermocauter abgetragen wird.

Als weitere Abänderung empfiehlt W. die Colostomia glutaealis, d. h. Incision am linken Beckenkamm, subcutane Durchführung des S. romanum in der oberen seitlichen Glutäalgegend. Der Darmtheil, der den zum Anus praeternaturalis führenden Canal bildet, lässt sich hier mit den einfachsten Mitteln gegen die feste Unterlage comprimiren, so dass ein Kothaustritt absolut unmöglich wird.

Schr.

Archiv für Gynäkologie. 47. Band, 3. Heft, 1894.

1) C. Pelzer-Mühlheim a. Rh.: **Ueber das Credé'sche Verfahren in der Nachgeburtsperiode.**

Die Arbeit, welchen 1000 Geburten zu Grunde liegen, bildet ein Gegenstück zu jener Beaucamp's (dieses Archiv 42. Bd. 1. H.). In B.'s Fällen war das abwartende Verfahren der Nachgeburtsbehandlung nach Ahlfeld in denen von P. das Credé'sche angewendet worden. Die Ergebnisse sind in 4 Tabellen zusammengestellt und in den Hauptpunkten folgende: Pelzer hatte Blutungen in 24,2 Proc. (B. in 32,6 Proc.), Retentionen in 22,2 Proc. (B. in 20,4 Proc.), Fieber im Wochenbett in 34,5 Proc. (B. in 54,6 Proc.) — in der Hauptsache also: „in der Behandlung der Nachgeburtsperiode ist dem Credé'schen Handgriff vor Ahlfeld's Methode entschieden der Vorrang zu lassen. (Auffallend erscheint bei Pelzer die relativ grosse Häufigkeit von manueller Placentarlösung: 21 mal unter 1000 Geburten, also auf 50 Geburten 1 Lösung! Ref.)

2) P. Strassmann: **Ueber Missbildungen.** Mit 13 Abbildungen. (Aus der geburtsh.-gyn. Poliklinik der k. Charité Berlin.)

V. bespricht zunächst an der Hand von Abbildungen einige Fälle von amniotischen Verstümmelungen, sodann solche von Polydactylie. Bei einer Familie wiesen von 6 Kindern 4 Missbildungen auf, davon 3 Polydaktylie. In 3 Fällen mit fehlerhafter Stellung der Füsse (varus, valgus) bestanden: Cystennieren und Fehlen der Nieren, sowie Mangel beziehungsweise Verminderung des Fruchtwassers.

3) S. Neumann: **Beobachtungen und Studien über die Function beider Nieren bei Bestehen einer Ureter-Bauchwandfistel.** (Aus der gyn. Klinik von Prof. Tauffer in Budapest.)

Bei einer 51jährigen Patientin wurde gelegentlich einer sehr schwierigen Ovariotomie der linke Ureter durchschnitten und, um eine Nierenexstirpation zu umgehen, in die Bauchwand eingenäht. Die Controle des Blasenharnes einer- und des Fistelurins andererseits zeigte u. A. Folgendes. Die Mengenverhältnisse waren sehr schwankende, zum Theil veranlasst durch einen nach einiger Zeit sich entwickelnden katarrhalischen Zustand der Ureteren- und Nierenbeckenschleimhaut, welch' letzterer durch Irrigationen gut in Schranken gehalten werden konnte. Das specifische Gewicht des Blasenurins war fast durchgehends, in maximo aber nur um das doppelte, höher als dasjenige des Fistelurins. Die Reaction des letzteren, anfangs alkalisch, wurde allmählich in Folge der Borsäure-Irrigationen sauer. Sodann berichtet V. über Untersuchungen betreffs der filtratorischen und sekretorischen (Jodkali, Na. salicyl.) Fähigkeit der Nieren, besonders der rechten, welche vollkommen normales Verhalten der letzteren bewiesen. Es konnte sodann an die Exstirpation der linken Niere geschritten werden, ein Eingriff, welcher nach anfangs bedrohlichen Symptomen glücklich verlief und V. Gelegenheit bietet, die Wahl des Zeitpunktes und die Gefahren der Nephrektomie zu besprechen.

4) Catharine van Tussenbroek und Mendes de Leon: **Zur Pathologie der Uterus mucosa.** Mit 31 Abbildungen.

Die Verf. haben in einer grossen Reihe von Fällen, welche das vielgestaltige Bild der chronischen Endometritis darboten, durch klinische Beobachtung und Untersuchung der excochleirten Uterusschleimhaut die Natur des zu Grunde liegenden Krankheitsprocesses aufzudecken versucht. Sie kommen zu dem Schlusse, dass die, meist als Entzündung zusammengefassten Krankheiten der Gebärmutterschleimhaut getrennt werden müssen in Endometritis und Pseudoendometritis. Die erstere, anfangs charakterisirt durch das Auftreten von Leukocyten, führt schliesslich zur Bindegewebsbildung ohne Drüsen und Deckepithel. Die letztere, charakterisirt durch Gefässveränderungen, führt theils zu Hyperplasie von Stroma und Drüsen, theils zur Atrophie. Die ächte Endometritis corporis ist viel häufiger als meist angenommen wird; isolirte Cervicalkatarrhe sind ziemlich selten. Die Therapie besteht in Cauterisationen (Chlorzink, Liquor ferri) und der Curettage; in vorgeschrittenen Fällen muss stets zu letzterer gegriffen werden. Isolirte Behandlung der Cervixschleimhaut wird nur ausnahmsweise zum Ziele führen.

5) M. Voigt: **Zur Kenntniss des Endothelioma ovarii.** (Aus Dr. Prochownick's Frauenklinik.) Mit 4 Abbildungen.

Fall eines Endothelioma lymphaticum bei einem 16jährigen Mädchen; der Tumor, obwohl seit 2 Jahren bestehend, ist localisirt geblieben, ein Recidiv ist trotz 1¼jähriger Beobachtung nicht eingetreten. In Anbetracht dieser, auch von anderen Seiten betonten Gutartigkeit dieser Geschwülste wirft V. die Frage auf, ob sie nicht von den Sarkomen zu trennen und als eigene Geschwulstart aufzufassen seien.

6) Fr. Schwertassek: **Sarkomatöse Degeneration einer mit einem Teratom combinirten Ovariencyste.** (Aus der deutschen Universitäts-Frauenklinik in Prag.) Mit 5 Abbildungen.

Ausführliche Beschreibung des Falles mit Aufzählung der bis jetzt bekannten Beobachtungen über Combination von Dermoiden mit malignen Neubildungen des Eierstockes, und eingehender Berücksichtigung der histologischen und histogenetischen Verhältnisse.

7) G. Leopold: **Vergleichende Untersuchungen über die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen bei ganz normalen Geburten und über die sogenannte Selbstinfection** Mit 5 Curven.

Die Frage über die Nothwendigkeit bezw. Zweckmässigkeit der vaginalen Desinfection Kreissender ist noch nicht entschieden. Im Gegensatz zu Ahlfeld — dessen letzte Arbeit (Ref. diese Wochenschr. 1893 p. 935) L. eingehend kritisirt und, soweit sie die Dresdener Frauenklinik betreffen kann, zurückweist — vertritt Leopold seit Langem den Standpunkt, dass bei normalen Geburten gesunder Gebärender Scheidenspülungen vollständig wegzulassen seien. Zum Beweise dieses Satzes wurden an dem reichen Dresdener Material wiederholt Beobachtungsserien durchgeführt. Aus denselben ging unzweifelhaft hervor, dass bei Fortfall der Spülungen (3681 Geburten) die Anzahl der fieberfreien Wochenbetten grösser war (im Mittel 91,6 Proc.) als bei den (4584) mit Irrigation behandelten Kreissenden (fieberfreie Wochenbetten im Mittel 80,79 Proc.).

Nun hat L. neuerdings zwei zeitlich parallel laufende Reihen von normalen Gebärenden gebildet: bei der einen (Hebammenreihe) wurde zwar, aber nur im Nothfall, innerlich untersucht, jedenfalls niemals ausgespült; bei der zweiten (Aerztereihe) wurde innerlich untersucht und stets während bezw. nach der Geburt ausgespült. Für die erste Reihe ergaben sich 94,35 Proc. fieberlose Wochenbetten, (38,0 bereits als Fieber gerechnet), für die zweite (Spül-)Reihe deren 86,97 Proc. Bemerkenswerth ist ferner, dass die Erstgebärenden ein entschieden grösseres Contingent zur Morbidität stellen, ganz besonders aber der Umstand, dass das Ausführen oder Weglassen der inneren Untersuchung (bei peinlicher Antisepsis) ohne wesentlichen Einfluss auf die Morbidität ist. Das Plus an Morbidität bei den Geburten mit Spülungen kann demnach nur auf letztere zurückgeführt werden: „durch Irrigationen werden etwa in der Scheide befindliche pathogene Keime nicht entfernt, sondern lediglich aufgestöbert, verbreitet und an für die Infection günstigere Stellen verbracht". Des weiteren ergab sich die wichtige Beobachtung, dass die Häufigkeit von unregelmässigem Puls im Wochenbett nach Ausspülungen mehr als doppelt so gross war, wie bei den nicht ausgespülten Gebärenden (Sublimatwirkung?). Die Hauptsätze, die sich aus den, sich über 8 Jahre und beinahe 10,000 Geburten erstreckenden Beobachtungen ergeben, sind: Bei nicht pathologischen und nicht operativen, also normalen Geburten gesunder Kreissender wird durch desinficirende Scheidenspülungen eher geschadet als genützt; dieselben sind desshalb in solchen Fällen stets, auch wenn innerlich untersucht wird, zu unterlassen; Bedingung ist aber: strengste subjective Antisepsis, zweckmässige Desinfection der Kreissenden (vulva), möglichste Einschränkung und vorsichtige Ausführung der inneren, Ausbildung der äusseren Untersuchung. Bei allen pathologischen und operativen Geburten sind desinficirende Ausspülungen der Scheide (und eventuell des Uterus) zweckmässig, bezw. nothwendig. Geht Fieber im Wochenbett von den Geschlechtsorganen aus, so beruht es stets nur auf Infection von aussen; das Wort „Selbstinfection", das nur Unklarheiten schafft und Hinterthüren öffnet, ist ein für alle Male aus dem medicinischen Wörterschatz zu streichen.

8) J. Colpe: **Hefezellen als Krankheitserreger im weiblichen Genitalcanal.** Mit 2 Abbildungen. (Aus der Frauenheilanstalt von Prof. Sänger in Leipzig.)

In einem Falle von auffallend hartnäckiger Endometritis cervicis bei einer 23jähr. Brauerstochter konnte als Erreger ein nicht näher zu classificirender Hefepilz (jedenfalls nicht Saccharomyces cerevisiae) mit Sicherheit bezeichnet werden; während Jodalkohol, Sublimat, Chlorzink völlig wirkungslos geblieben waren, wurde durch specifisch hefetödtende Mittel (Vaginalspülungen mit 1 pröc. Milchsäure und 3 proc. Salicylsäurelösung) rasche Besserung erzielt.

9) E. Ruppolt: **Zur Kenntniss überzähliger Eierstöcke.** (Mit Abbildungen.)

Durch Köliotomie wurde (von Prochownick) ein Präparat der rechtsseitigen Anhänge gewonnen, welches aus einer, Ovarialgewebe in der Wand aufweisenden Dermoidcyste, einem selbständigen rechten Ovarium und einer durch ein bindegewebiges Zwischenstück unterbrochenen rechten Tube bestand; die Frau hatte also 3 Ovarien und zwar durch Zweitheilung des rechten. Diese Zweitheilung (Durchschnürung) von rechter Tube und Ovarium war offenbar durch, im intrauterinen Leben stattgehabte, peritonitische Processe bewirkt worden.

Eisenhart-München.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1894, 30. Band, 2. Heft.

1) K. Menge: **Ueber Deciduosarcoma uteri.** Mit Abbild. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig.)

Seit der grundlegenden Arbeit Sänger's (Arch. f. Gyn., 44. Bd., 1. Heft, refer. diese Wochenschr. 1893, pag. 369) ist das allgemeine Interesse für die von den Deciduazellen abstammenden, malignen Neubildungen ein sehr reges, theils wegen der sich daran knüpfenden wissenschaftlichen Fragen, theils wegen des äusserst perniciösen Verlaufs dieser Erkrankungen.

M. theilt ausführlich zwei neue Beobachtungen mit; die eine ist typisch: Bei einer 35jährigen Frau treten einige Zeit nach einer

Blasenmolen-Geburt heftige, wiederholte, unstillbare Metrorrhagien auf; die digitale Untersuchung des (durch Laminaria zugänglich gemachten), beträchtlich vergrösserten Uterus, zeigt in dessen Innerem einen weichen Tumor, nach dessen Ausräumung eine kraterförmige Vertiefung in der Uteruswand zurückbleibt. Trotz vorübergehenden Stillstandes der Blutung erholt sich die Patientin nicht. Bei Vornahme der Totalexstirpation überrascht ein, acht Tage vorher noch nicht beobachteter, secundärer Knoten in der Scheide; auf die Operation folgt zunächst Erholung; nach einigen Monaten aber tritt ein Recidiv in der Scheide auf und die Patientin stirbt unter zunehmender Entkräftung 13 Monate nach der Geburt der Blasenmole; bei der Section finden sich zahlreiche Metastasen in den Lungen, in Milz, Magen, Jejunum, subperitoneal im kleinen Becken, endlich im Marke des rechten Femurs.

Auf die eingehende Beschreibung der mikroskopischen Befunde und die Besprechung derselben kann hier nicht eingegangen werden. Es wiesen jene dahin, dass es sich um eine Neubildung vom Sarkomcharakter handelte und dass die Decidua graviditatis die Matrix derselben darstellte. Verschiedene Stellen (Metastasen) schienen dafür zu sprechen, dass unter dem Einfluss der Deciduasarkomzellen eine directe Umbildung von Muskelelementen in ächte Neubildungszellen stattfand. Um über die noch offene Frage, betr. den Zusammenhang von Chorion- und Deciduaerkrankungen (Myxoma chorii, Deciduosarcoma), einigen Aufschluss zu erhalten, forschte M. nach dem weiteren Schicksal der von Traubenmolen entbundenen Frauen: danach schloss sich in 3 (vielleicht 4) von 98 Fällen an eine Mola hydatidosa ein Sarcoma deciduocellulare an; eine besonders häufige ätiologische Beziehung der ersteren zum letzteren geht daraus nicht hervor; anderntheils wurde etwa in der Hälfte der Fälle von Deciduosarcoma ein Zusammenhang mit Myxoma chorii gefunden, und die Annahme erscheint gerechtfertigt, dass die myxomatöse Erkrankung des Chorion öfter ihren Grund hat in einer sarkomatösen Veränderung der Decidua.

Die Therapie besteht in der Totalexstirpation; wegen der grossen Schwierigkeit, die Neubildung im ersten Beginn zu diagnosticiren, dann wegen des sehr raschen Umsichgreifens derselben, sind trotz der Operation die Aussichten sehr ungünstige.

2) A. Buecheler: **R. Kaltenbach's Ergebnisse der vaginalen Totalexstirpation mit Peritonealnaht.**

V. berichtet zunächst über die Operationsmethode, wobei, neben der Vorbereitung zur Operation (Unschädlichmachen des Carcinoms in der Richtung der Vermeidung von Operations-Impfrecidiven siehe Referat Winter diese Wochenschr. 1893, p. 840) besonderes Gewicht auf den Peritonealverschluss (extraperitoneale Versorgung der Stümpfe und Eversion sämmtlicher Wundränder nach der Scheide) und auf vorsichtige Anwendung der Desinfectionsmittel (nach Eröffnen des Peritoneums kein Sublimat mehr) gelegt wird. Die sehr günstigen Resultate sind folgende: Unter 159 Totalexstirpationen 6 Todesfälle (3,8 Proc.); an Nebenverletzungen 16 Beobachtungen, darunter 8 mal Verletzungen des Ureters; in Bezug auf Recidive: Von 92 vor mehr als 3 Jahren wegen maligner Neubildungen des Uterus mit Totalexstirpation (wobei meist auch die Adnexe fortgenommen wurden) behandelten Patientinnen sind 9 gestorben, zum Theil erst nach 3 Jahren an intercurrenten Krankheiten; 47 bekamen Recidive, 21 sind bis heute, d. h. bis zu 7½, zum mindesten aber 3 Jahre recidivfrei, von den Uebrigen ist das spätere Befinden unbekannt. Zum Schluss bespricht V. die mit der vaginalen Totalexstirpation concurrirenden Verfahren: die Klammerbehandlung, die sacralen und die abdominale Methode nach Freund; nur die letztere dürfte in gewissen Fällen der vaginalen Operation vorzuziehen sein.

3) C. Gebhard: **Ein Fall von traumatischem Hämatothorax beim Neugeborenen.**

Der Bluterguss in der rechten Thoraxhälfte war entstanden durch quere Durchreissung der V. intercostalis secunda kurz vor ihrer Einmündung in die V. azygos. Das Kind, tief asphyktisch geboren, war geschwungen worden. V. glaubt in diesem Falle die Entstehung der Verletzung auf die Schultze'schen Schwingungen zurückführen zu dürfen, nachdem ein Leichenversuch gezeigt, dass durch die Griffwirkung im Beginn der Aufwärtsschwingung und beim Hemmen am Schluss der Abwärtsschwingung die Köpfchen der Rippen, besonders der zweiten, durch den inneren Scapularrand in den Thoraxraum hineingetrieben werden, wodurch es zu einer starken Dehnung der abgehobenen Pleura kommt. Eisenhart-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 24. October 1894.

Die Sitzung brachte die mit grösster Spannung erwartete Entgegnung Virchow's auf die Angriffe, welche Behring in No. 3 der „Zukunft" gegen ihn gerichtet hatte. Herr Virchow war gleich Herrn v. Bergmann am Erscheinen dienstlich verhindert und wandte sich daher mit folgendem, von Herrn Sigmund verlesenen Schreiben an die Gesellschaft:

„Herr Dr. Behring hat am Schlusse eines langen, mit den schwersten Anklagen gegen mich erfüllten Artikels in No. 3 der „Zukunft" vom 20. d. Mts. folgenden Satz veröffentlicht:

> Der staunenden Welt hat durch einen Zeitungsreporter Virchow verkünden lassen, dass das Heilserum unter seiner Leitung von Herrn Aronson zuerst näher studirt worden sei.

Daran werden weitgehende Vermuthungen über die Gründe geknüpft, welche mich bestimmt haben möchten, ein Herrn Dr. Behring zukommendes Verdienst für mich in Anspruch zu nehmen.

Ich glaube es der Medicinischen Gesellschaft schuldig zu sein, das Sachverhältniss in Kürze klar zu legen, um von Ihrem Vorsitzenden eine so schmähliche Anschuldigung abzuweisen. Mit weiteren Erörterungen über diesen, für einen collegialen Kreis unerhörten Vorgang gedenke ich die Gesellschaft nicht zu behelligen.

Der betreffende Reporter liess sich eines Tages im Pathologischen Institut bei mir melden und ersuchte mich, im Auftrage der Berliner Zeitung, ihm meine Meinung über das Behring'sche Diphtherieserum mitzutheilen. Ich sagte ihm, dass ich mitten in einer Arbeit begriffen sei und mich daher sehr kurz fassen müsse. Auch besässe ich zu meinem Bedauern eigene Erfahrungen über das Behring'sche Mittel nicht. Mein Wissen über das neue Verfahren basire wesentlich auf Erfahrungen, die im Kaiser und Kaiserin Friedrichs-Kinderkrankenhause gemacht seien und bezöge sich nicht auf das Behring'sche Mittel, sondern auf das Aronson'sche (Schering'sche).

Dieses sei von einem früheren Assistenten des Krankenhauses, Dr. Aronson, der zuerst in dem dortigen Laboratorium mit Thierversuchen über das Diphtheriegift beschäftigt wurde, nach seinem Austritte aus dem Krankenhause auf ganz unabhängige Weise hergestellt, und nachdem er die weitere Anfertigung an Schering übertragen hatte, in ausgiebigen Mengen und höchst uneigennützig dem Krankenhause unentgeltlich geliefert worden. Mit diesem Mittel seien sowohl den diphtherischen Kindern im Krankenhause, als auch ihren noch gesunden Geschwistern Einspritzungen gemacht und dadurch nicht bloss Immunisirung der Gesunden, sondern auch eine Senkung der Todesfälle erzielt worden.

Ich machte zugleich aufmerksam auf die Discussionen, die in den letzten Sommermonaten in der Medicinischen Gesellschaft stattgefunden haben, und wobei die Aerzte des Kinderkrankenhauses die genauen Resultate zahlenmässig dargethan haben. Die Gegner hoben damals hervor, dass die diesjährige Epidemie an sich keine schwere sei, der gute Verlauf auch ohne das Heilserum eingetreten sein könne. Ich vermöchte das Gewicht dieser Einwendungen nicht zu verkennen. Immerhin war die Zahl der Diphtherietodesfälle im Krankenhause in der letzten Juliwoche fast auf Null heruntergegangen. Ich reiste am 1. August von Berlin ab. Als ich Ende September zurückkehrte und die Wochenrapporte, welche sich in meiner Wohnung aufgehäuft hatten, musterte, sah ich zu meinem Schrecken, dass in der dritten Augustwoche plötzlich 9, in der vierten 8 Todesfälle vorgekommen waren und dass die Mortalität sich seitdem in einer vorher ungeahnten Höhe erhalten hatte. Der Director des Krankenhauses, den ich sofort befragte, theilte mir mit, dass durch verschiedene Unglücksfälle die Herstellung des Heilserums bei Schering unterbrochen sei und dass von diesem Zeitpunkte die Zunahme der Todesfälle datire. Wegen des hohen Preises des Behring'schen Mittels und in Anbetracht der schwindenden Mittel des Krankenhauses war kein Ersatz beschafft worden.

Wenn Herr Behring seine Ueberraschung ausspricht, dass ich mich an die Spitze eines Aufrufs zur Beschaffung seines Heilmittels gestellt habe, und wenn er nach tiefliegenden Gründen für diese „Bekehrung" sucht, so wird die vorstehende Auseinandersetzung wohl für jeden verständig und wohlwollend urtheilenden Menschen genügen, um es erklärlich zu machen, dass ich sofort Auftrag ertheilte, dass das Behring'sche Mittel trotz seines hohen Preises und unserer schwachen Mittel angekauft und angewandt wurde. In dem alsbald erlassenen Aufruf an das Publicum ist nicht gesagt, dass es sich um den Ankauf des Behring'schen (Meister, Lucius'schen) Mittels handle, es ist darin nur von Diphtherieserum die Rede. Die Aerzte des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses hielten das Aronson'sche Mittel für stärker, aber beide waren nicht zu haben. Da jedoch die Schering'sche Fabrik die Erklärung abgegeben hat, dass sie bald würde liefern können, so wird ja auch Gelegenheit geboten sein, weitere vergleichende Beobachtungen zu machen. Ich meinerseits werde ganz unparteiisch das Schlussergebniss feststellen. Irgend ein persönliches Verdienst in dieser Angelegenheit habe ich für mich nicht in Anspruch genommen und werde es auch nicht in Anspruch nehmen." Rudolf Virchow.

Das Schreiben wurde mit Beifall aufgenommen.

Demonstration vor der Tagesordnung:

Herr **Rosenheim** erörtert die theoretisch und praktisch wichtige Frage, inwieweit der Magen nach der Vornahme eingreifender Operationen wieder functionsfähig wird. Dass er nach Resection des Pylorus bei gutartiger Pylorusstenose wieder vollständig ad integrum restituirt werden könne, hatte er schon früher gezeigt. Bei Gastroenterostomie ist dagegen nur eine relative Wiederherstellung möglich. An einer an inoperablem Carcinoma pylori leitenden Frau wurde die letztgenannte Operation vorgenommen. Jetzt subjectives Befinden gut; mo-

torische Function des Magens sehr gut, dagegen die secretorische schlecht, indem der Magensaft fast immer neutral reagirt.

Praktisch wichtiger ist der 2. Fall.

Ein kräftiger Landmann war in Folge Pylorusstenose nach Ulcus ventriculi so heruntergekommen, dass er nur noch einige 80 Pfund wog. Es bestand ausserdem starke Ektasie und abnorme Gährung. Gastroenterostomie. Jetzt Körpergewicht 130 Pfund, vollständiges Wohlbefinden; motorische und secretorische Function normal.

Herr **Meyer** demonstrirt einen Mann mit Aneurysma der Art. subclavia dextra.

Tagesordnung. Herr **Behrend: Zur Pathologie und Therapie der Pityriasis versicolor.**

Die übliche Ansicht, dass unbedeckte Körperstellen von den durch Pityriasis versicolor erzeugten gelben Flecken frei bleiben, sei irrig Die Pilze der Pityriasis versicolor nisten nur in der Hornschicht, entgegen denen des Herpes tonsurans, der in die tieferen Zellschichten dringe. Letzterer Umstand bewirkt beim Herpes tonsurans durch Hervorrufung von Entzündung Untergang der Pilze, während Pityriasis versicolor bis zum Ende des Wirthes persistiren kann. Therapie durch Chrysarobin, Jodtinctur oder Pyrogallussäure; ein Nachtheil ist, dass durch die ersteren auch ziemlich lange bestehende gelbe Flecke hervorgerufen werden.

Discussion: Herr Lewin und Herr Lassar; letzterer hält Terpentinspiritus für ein einfacheres und ebenso sicheres Mittel (2—3 mal wöchentlich). H. K.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Prof. **Harnack: Ueber den Einfluss der Applicationsstelle auf die Wirkung der Arzneisubstanzen mit specieller Berücksichtigung des Eisens.** (Vorgetragen am 23. Mai 1894.)

Prof. Harnack beginnt mit dem Hinweis darauf, wie langsam sich doch die Fortschritte in unserer Erkenntniss der Arzneiwirkungen vollziehen, wie oft die bezüglichen Anschauungen noch auf unzutreffenden Voraussetzungen beruhten. So nehme man z. B. für die „vom Blut aus“ wirksamen Substanzen meist an, dass es principiell gleichwerthig sei, von welcher Applicationsstelle aus sie ins Blut gelangten, wenn sie nur überhaupt resorbirt würden. Indess brauche diese Annahme keineswegs richtig zu sein; man brauche sich nur die Wege zu vergegenwärtigen, welche eine Substanz vom Unterhautzellgewebe einerseits, vom Magen-Darm andererseits einschlägt. Im ersteren Falle gelange sie direct in die Circulation, im letzteren dagegen durch die Wurzeln der Pfortader aufgenommen, in die Leber. Das weitere Verhalten würde dann von der Natur der Substanz abhängig sein, indem sie entweder die Leber passirt und in die Circulation übergeht oder, falls sie besondere Affinitäten zu den zelligen Elementen in der Leber besitzt, von diesen gewissermaassen abgefangen und zurückgehalten wird. Später könnte sie dann in Leukocyten übergehen, durch diese weiter transportirt und endlich durch den Darm ausgeschieden werden. So könne die Applicationsstelle nicht bloss die Art der Wirkung, sondern auch den Ort der Ausscheidung beeinflussen. Substanzen, die wie der Phosphor heftig auf die Leber einwirken, sind dazu nur im Stande, wenn sie in den Magen gebracht werden (von wo aus der Phosphor zweifelsohne als Dampf in die Leber eindringt). Bei subcutaner Beibringung wirkt er auf die Leber nur wenig (die Vergiftung dauert Wochen an, während sie anderenfalls in 2—3 Tagen abläuft), und bei Einathmung der Dämpfe tritt wohl Kiefernekrose, aber keine Leberatrophie ein.

Eine Substanz, welche zur Leber die innigsten Beziehungen besitzt, ist das Eisen, welches in neuerer Zeit zum Gegenstand zahlreicher Untersuchungen in pharmakologischer wie in physiologisch-chemischer Hinsicht gemacht worden ist (Bunge, H. Meyer und Williams, Jacoby, Schmiedeberg, Kobert u. A.). Redner legt dann zunächst die in pharmakologischer Hinsicht gewonnenen Resultate, die er im Ganzen als unzulänglich bezeichnet, dar: seiner Ansicht nach hat man zu wenig berücksichtigt, dass das Eisen wegen seiner Beziehungen zur Leber, resp. zu zelligen Elementen in derselben, bei Einführung in den Magen einen anderen Weg einschlagen muss, als bei subcutaner Beibringung. Wenn auch jedenfalls die Resorption des Eisens vom Darmcanal aus nur gering ist, so kann sie im Laufe von Wochen doch genügen, damit das Eisen Wirkungen auf die Zellen der blutbildenden Organe ausübe und schliesslich durch den Darm wieder ausgeschieden werde; das subcutan eingeführte Eisen gelangt dagegen zu einem beträchtlichen Theil in die Nieren. Wahrscheinlich wirken kleine Mengen Arsen dem Eisen ähnlich; der jetzt vielfach übliche Zusatz von Arsen zu den Eisenpillen hat auch den Vortheil, dass weniger leicht Obstruction eintritt, dagegen sei das Arsen bei Neigung zu Fettherz zu vermeiden.

Die Auffassung, welche die Heilwirkungen des Eisens bei Chlorose etc. lediglich auf Localwirkungen im Tractus intestinalis zurückzuführen sucht, bezeichnet Redner als unhaltbar und mit den klinischen Erfahrungen unvereinbar. Die Anhänger dieser Theorie haben zugleich organische Eisenverbindungen in den Arzneischatz einzuführen gesucht, welche das Eisen in besonders leicht resorbirbarer Form enthielten. Hierin läge entweder ein Widerspruch oder die Anerkennung, dass die pharmaceutischen Eisenpräparate mit jenen organischen Eisenverbindungen nicht zu identificiren, letztere vielmehr unter die Heilnahrungsmittel zu rechnen seien. Dann aber frage es sich, ob das in ihnen enthaltene Eisen leichter resorbirt werde, wie das der eisenreichen Nahrungsmittel (Eigelb etc.).

Zum Schluss behandelt Redner die neueren Untersuchungen über die Physiologie des Eisens (Bunge, Schmiedeberg u. A.) und seine Beziehungen zur Leber. Aus der Eisenarmuth der Milch und dem Eisenreichthum der kindlichen Leber ergäben sich praktisch-diätetisch wichtige Folgerungen: die Gefahr einer Eisenverarmung des Körpers könnte eintreten, wenn das Kind zu lange Zeit ausschliesslich Milchnahrung erhielte; es müsse vielmehr rechtzeitig entwöhnt werden und dann auch eisenreichere Nahrungsmittel (Eier, Fleisch, Cacao etc.) erhalten. Natürlich sei die Milch daneben weiter zu geben, schon wegen ihres enormen Reichthums an Kalk. Unter den Vegetabilien sind z. B. auch die Kartoffeln ziemlich eisenreich. — Redner schloss mit der Aufforderung an die Collegen, über ihre praktischen Erfahrungen mit den modernen Eisenpräparaten Mittheilung zu machen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. October 1894.

1. Herr **C. Lauenstein** demonstrirt **4 operativ behandelte Fälle von Pylorusstenose.**

a) 53jährige Frau, der vor 2 Jahren der carcinomatöse Uterus exstirpirt worden war. Später traten Magenbeschwerden, Erbrechen und allgemeine Abmagerung ein. Vortragender fand einen Tumor im Epigastrium, etwas Gastrektasie, im Magensaft Fehlen der Salzsäure. Der Verdacht auf ein Carcinom des Pylorus bestätigte sich bei der Operation nicht. Es handelte sich um ein Ulcus mit Verdickung der Magenwand, aus der Vortragender entsprechende Stücke resecirte. — Heilung.

b) 73jährige Frau, die im Mai d. J. wegen Scirrhus des Pylorus resecirt wurde.

c) 54jährige Frau, im April d. J. operirt. Patientin hatte einen Abdominaltumor in der Nabelgegend, von dem es zweifelhaft war, ob er vom Darm oder von der Niere ausging. Bei der Laparotomie ergab sich ein Carcinom des Colon transversum mit vielfachen Verwachsungen.

d) eine 35jährige Frau, der Vortragender eine Magendünndarmfistel (Gastro-Enterostomie) angelegt hat.

2. Herr **Franke** zeigt Photogramme und mikroskopische Präparate zur Lehre vom Heilungsvorgang bei Sehnenwunden. Dieselben sind gewonnen von perforirenden Skleralwunden auf experimentellem Wege, und liefern einen Beitrag zu der Grawitz'schen Lehre von der Structur des Bindegewebes und

deren Bedeutung für die Histologie der Entzündungsvorgänge. Hiernach gehen bei der embryonalen Bildung zahlreiche Zellen in Grundsubstanz über, schlummern hierselbst in einer Form und chemischen Beschaffenheit, welche ihre zellige Natur nicht erkennen lässt, kehren aber bei Ernährungsstörungen aus diesem Schlummerzustand wieder in die active Zellform zurück.

3. Herr **Kümmell** demonstrirt

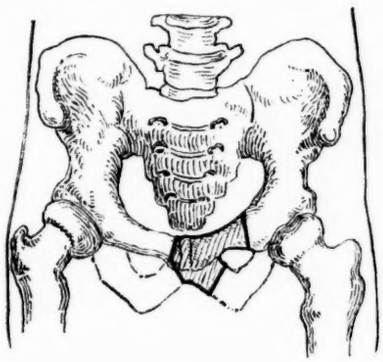
a) eine 49jährige Frau, die ein Uterusmyon und Carcinom des rechten Ovariums hatte. Letzteres war mit Darm und Blase verwachsen, so dass von beiden Stücke mit resecirt werden mussten. Von der Blase musste ca. 1/3 entfernt werden; den Defect schloss Vortragender durch die Blasennaht. Das Myom wurde extraperitoneal enucleirt. Die Eingriffe heilten ohne Störung. Vortragender verwirft Drain und Katheter nach der exact ausgeführten Blasennaht.

b) ein exstirpirtes tuberculöses Geschwür der Blasenwand. Dasselbe stammt von einem 22jährigen Mädchen, das an Urinbeschwerden litt. Vortragender fand bei der Cystoskopie das Ulcus oberhalb der Einmündungsstelle des linken Ureters. Er machte die Sectio alta, resecirte das Geschwür und legte die Blasennaht an. Kein Dauerkatheter.

c) einen haselnussgrossen Tumor aus der Leber, durch Exstirpation gewonnen. Derselbe hatte heftige Schmerzanfälle hervorgerufen, die seither geschwunden sind. Die histologische Untersuchung steht noch aus; Vortragender hält den Tumor für ein Gumma oder Sarkom.

5. Herr **F. Krause**-Altona: **Partielle Resection der vorderen Beckenwand wegen Knochensarkoms, Ersatz des entfernten Knochens durch Transplantation eines Stückes der Tibia.**

Bei einem 33jährigen Arbeiter hatte sich ein männerfaustgrosses periostales Sarkom von der hinteren Fläche des linken horizontalen Schambeinastes aus entwickelt, zur völligen Zerstörung des Knochens an dieser Stelle geführt und das benachbarte Periost in weiter Ausdehnung mitergriffen. Es wurde daher am 15. Mai 1893 die Geschwulst durch einen Längsschnitt, welcher von der Blasengegend bis fast neben den Anus herabreichte, freigelegt und der linke horizontale Schambeinast bis dicht ans Tuberculum ileopectineum, sowie der obere Abschnitt des absteigenden Schambeinastes, ferner die Symphyse und die unmittelbar angrenzende Knochenschicht des rechten Schambeins mit dem Meissel entfernt (s. beistehende Abbildung). Die Breite des Defectes im Beckenringe betrug 7,5cm. Die Blase musste in grosser Ausdehnung freigelegt werden, das Peritoneum wurde nicht verletzt. Die Wunde heilte ohne Störung, und der Kranke konnte am 6. Juli mit fester Narbe arbeitsfähig entlassen werden.



Fast ein volles Jahr befand sich der Patient ganz wohl und konnte schwere Arbeit verrichten. Am 2. Juli 1894 trat plötzlich beim Eisabladen unter heftigen Schmerzen in der Gegend der alten Narbe eine Geschwulst hervor, die sich bei der Untersuchung als eine besondere Form des Unterleibsbruches documentirte; die Eingeweide, namentlich aber die Blase waren durch den weiten Defect im Beckenring herausgetreten. Da der Bruch wohl leicht zu reponiren, aber wegen der sehr weiten Bruchpforte durch keine Bandage zurückzuhalten war und die Beschwerden den Mann arbeitsunfähig machten, so entschloss Kr. sich dazu, den Beckenring durch eine osteoplastische Operation wieder zu schliessen.

Am 7. August 1894 wurde der Defect im Schambein durch einen Lappenschnitt mit der Basis nach oben freigelegt und die beiden Knochenenden mit dem Meissel angefrischt, hierauf die Wunde comprimirt. Während dessen wurde von der vorderen (inneren) Fläche des linken Schienbeins ein rechtwinkliger Hautlappen lospräparirt, dessen medianwärts gelegene Basis 9 cm lang war, das Periost oben und unten genau entsprechend den queren Hautschnitten bis auf die Tibia durchtrennt und die Cörticalis der vordern Tibiafläche in derselben Richtung quer bis ins Mark durchmeisselt. Nunmehr wurde mit einem sehr breiten Meissel durch Schläge, welche von der innern Kante der Tibia her parallel deren vorderer Fläche nach aussen geführt wurden, in jener ganzen Ausdehnung die vordere Tibia-Corticalis mit anhängender Spongiosa und in Zusammenhang mit ihrem Periost als ein einziges festes Knochenstück losgeschlagen. Dieses von unversehrtem Periost bedeckte rechtwinklige Stück der Corticalis sammt Spongiosa maass in der Länge (von oben nach unten) 7,8 cm, in der Breite (von rechts nach links) 2,3 cm, in der Dicke (von vorn nach hinten) etwa 1 cm. Das Knochenstück wurde sofort in den Defect des Beckens mit der Periostseite nach vorn transplantirt und zwar der Art, dass es ein wenig hinter die angefrischten Enden der horizontalen Schambeinäste zu liegen kam, damit es durch die Bauchpresse nur festgedrückt, nicht aber herausgedrängt werden konnte. In dieser Lage wurde es durch mehrere periostale Catgutnähte befestigt. Hierauf wurden die Weichtheile über dem transplantirten Knochen durch versenkte Catgutnähte zusammengezogen und schliesslich der Hautlappen wieder an seine Stelle genäht. Ebenso Naht der Hautwunde am Schienbein.

Am 22. Tage nach der Operation wurde der erste Verbandwechsel vorgenommen, die Wunden erwiesen sich als prima intentione verheilt.

Heute, 10 Wochen nach der Operation, fühlen Sie den Knochen im Becken fest eingeheilt; der Bauchbruch ist verschwunden, weil ja der knöcherne Beckenring durch die Operation wiederhergestellt ist. An der Tibia ist keine Vertiefung zu fühlen, von dem zurückgebliebenen und durch die Operation gereizten Knochen — das Periost ist ja mit fortgenommen — ist offenbar Callus gebildet.

Krause geht noch auf ähnliche Einheilungen völlig aus dem Zusammenhang getrennter grösserer Knochenstücke ein, wie er sie mehrfach namentlich am Schädel selbst beobachtet, und wie sie auch verschiedentlich in der Literatur mitgetheilt sind.

Das Hauptinteresse des Falles ist das physiologische, und in dieser Beziehung betont Kr. noch, dass bei so ausserordentlich grossen überpflanzten Knochenstücken die sicherste Gewähr für ein gutes Endergebniss vorhanden ist, wenn man den Knochen in Zusammenhang mit seinem unverletzten Periost transplantirt. (Schluss folgt.)

---

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Wien, 24.—28. September 1894.

(Originalbericht.)

V.

Gemeinsame Sitzung der Abtheilungen: Interne Medicin, Chirurgie, Psychiatrie und Neurologie, Ohrenheilkunde und Laryngologie und Rhinologie.

Sitzung am Donnerstag den 27. September Nachmittags.

Dr. **Heller**-Nürnberg: **Pharyngotherapie.**

Der Vortrag erscheint an anderer Stelle dieser Nummer.

Discussion: Dr. Höffinger-Gleichenberg macht die Bemerkung, dass er in zwei Fällen von Gesichtserysipel und von Keuchhusten durch derartige Ausspülungen des Nasenrachenraumes mit Kochsalzlösung rasche und wesentliche Besserungen erzielt hat. Er fordert zu weiteren Versuchen mit dieser Methode auf.

Prof. **Benedikt** stellt zwei Fälle von **Tabes dorsualis** vor, bei denen die blutige Nervendehnung vor Jahren vorgenommen wurde.

Beide stellten hochgradigste Fälle vor, bei denen bereits complete Astasie und Abasie bestand. Die Frau, die vor 11 Jahren operirt wurde, konnte selbst nicht mehr sitzen und wurde, wenn ohne Beleuchtung, bei jeder Wendung durch die starke Ataxie aus dem Bette geschleudert. Sie geht seit kurzer Zeit nach der Operation, hat sich vor 2 Jahren durch Tanzen eine leichte Verschlimmerung ihres Zustandes zugezogen, kann aber jetzt noch — trotz der stark ataktischen Bewegung — weite Strecken ohne Stock zurücklegen und mit groben Dienstleistungen sich ihr Brod verdienen.

Der 2. Fall ist ein Mann mit prodromaler Sehnervenatrophie, der vor 6 Jahren operirt wurde. Er war so ataktisch, dass 2 Männer ihn stehend nicht erhalten konnten und dass seine Wunde durch die starke Ataxie der Rumpfmuskeln gesprengt wurde, als er aus dem Spital fortgetragen wurde. Nach der Operation trat nach und nach eine derartige Besserung ein, dass der Mann jetzt gut gehen kann und die Algien, wie im vorigen Falle, nach und nach fast spurlos schwanden. Hier hat erst die Operation die Hilfe gebracht, die sonst fast ausnahmslos bei prodromaler Sehnervenatrophie auch bei elektrischer und hydriatrischer Behandlung eintritt. Diese hatten hier im Stich gelassen.

Auf das Romberg'sche Symptom hat die Operation viel weniger Einfluss als das Bonuzzi'sche Verfahren, über das auch ohne Grund abgesprochen wurde.

Dr. **Engel**-Berlin: **Zur Genese und Regeneration des Blutes mit Demonstration von Mikrophotogrammen.**

Es ist nicht richtig, wenn man bei Betrachtung der Blutbildung und Blutneubildung in erster Reihe an die Blutbildungsorgane denkt. Im Blute selber wickelt sich dieser Process

zum grössten Theile ab. Die ersten in den Blutinseln gebildeten kugelförmigen kernhaltigen Blutkörperchen trennen sich in ein kernhaltiges rothes Blutkörperchen und ein kernloses rothes Blutkörperchen. Beim Säugethier bleibt das kernlose rothe Blutkörperchen bestehen, das kernhaltige entwickelt sich weiter. Beim Vogel bleibt das kernhaltige rothe Blutkörperchen bestehen, das kernlose geht zu Grunde. Beim Säugethier, also auch beim Menschen, entwickeln sich die kernhaltigen rothen Blutkörperchen nach drei Seiten weiter: a) der Kern trennt sich mit einem schwachen Protoplasmarande von dem hämoglobinhaltigen Protoplasma und es entstehen Zellformen, die von Lymphocyten nicht zu unterscheiden sind, und wiederum kernlose rothe Blutkörperchen; b) das hämoglobinhaltige Protoplasma um den Kern wird durch das Blutplasma aufgelöst und es bleibt wieder ein Kern übrig wie bei a); c) das kernhaltige rothe Blutkörperchen verwandelt sich aus der Flächenform in eine Kugelform mit dem Kern im Centrum. Beim weiteren Wachsthum der Blutkugel platzt der Kern heraus und imponirt entweder als Zelle, die von den Leukocyten nicht zu unterscheiden ist, oder ist zu einem Blutplättchenhaufen degenerirt. Nach Entleerung des Inhaltes bekommt die Blutkugel infolge des Blutdruckes Dellenform. Das Auftreten von Blutplättchen bei Leukämie ist ein günstiges Zeichen. Die Megaloblasten (grosse kernhaltige rothe Blutkörperchen) sind pathologisch als Folge davon, dass der Kern das Protoplasma nicht zur rechten Zeit verlassen hat, haben aber mit embryonalen oder mit Blutkörperchen von Amphibien nichts zu thun. Beim Hühnchen verlieren einzelne kernhaltige rothe Blutkörperchen ihr Protoplasma, der Kern vermehrt sich und bildet Kernhaufen, ebenso wie es die weissen Blutkörperchen beim Hühnchen thun. Wie es scheint, besteht die Thätigkeit der Blutbildungsorgane darin, dass sie gewisse wichtige Etappen der Blutkörperchen hervorbringen, und zwar beim Embryo die Metrocyten, beim erwachsenen Thiere die kernhaltigen rothen Blutkörperchen, welche dann im Blutstrome sich weiter entwickeln.

Dr. Jessner-Königsberg in Preussen: **Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Hautveränderungen.**

In allgemeinen Ausführungen, welche der Vortragende als Kundgebung zu Gunsten des Zusammenhanges der dermatologischen Disciplin mit der internen aufgefasst wissen will, erläutert derselbe die Wege, auf welchen innere Krankheiten zu Hautanomalien führen. Er entwirft folgendes Schema, das er durch Beispiele erläutert:

1) Innere Krankheiten führen zu Hautveränderungen per continuitatem oder per contiguitatem.

2) Innere Krankheiten führen zu Hautveränderungen auf dem Wege der Nervenbahnen (durch Reflex, durch directe Functionserschwerung der verschiedenen Fasergattungen).

3) Innere Krankheiten führen zu Hautveränderungen auf dem Wege der Blutbahn oder Lymphbahn. (Gefässerkrankungen; mechanische Circulationsstörungen; Anomalien in dem Verhältniss von Plasma, Hämoglobin und corpusculären Elementen; Beimengung fremder Stoffe.)

Zum Schlusse hebt der Vortragende die Bedeutung der einfachen Adspection für die Diagnostik in der internen Medicin hervor und fordert das Studium der Hautanomalien zur Schulung des ärztlichen Blicks, des für den Arzt sehr wichtigen makroskopischen Sehens.

Discussion: Prof. Moritz-München begrüsst die in dem Vortrage liegende Anregung zu einem innigeren Anschluss der Specialdisciplinen an den Stammbaum der inneren Medicin und spricht die Hoffnung aus, dass gerade die Naturforscherversammlung sich als der geeignetste Ort, diese zu bethätigen, erweisen möge.

VIII. Französischer Chirurgen-Congress.

Lyon, 9.—13. October 1894.

Der VIII. französische Chirurgencongress bot eine Fülle des Interessanten, besonders einzelne wichtige Mittheilungen aus dem Gebiete der Abdominalchirurgie und der Rückenmarkschirurgie. Zuerst sprach Gayet über Lidwunden und legte ein grosses Gewicht auf exacte Naht des Muskelgewebes und Tarsalknorpels.

A. Guérin besprach die Einwirkung des Chloroforms auf's Herz und führt die durch Chloroform bedingte Herzlähmung auf eine Reflexwirkung von den Nasalnerven auf den Vagus zurück; Kaninchen, die durch die Nase chloroformirt wurden, zeigten bald Herzlähmung, während solche durch eine Trachealcanüle chloroformirt, das Chloroform gut ertrugen. G. empfiehlt bis zu eingetretener Narkose und damit aufgehobener Reflexthätigkeit die Nase zwischen den Fingern zu verschliessen.

Le Dentu-Paris besprach die subtrochantere Osteotomie wegen Anchylose in fehlerhafter Stellung und hält bei Fällen von höchstens 16monatlichem bis 2jährigem Bestehen und einem Winkel, der 20—30° nicht überschreitet, manuelles Redressement oder instrumentelles, eventuell unterstützt von multipeln Tenotomien, für genügend, während bei ausgesprochenerer Winkelstellung lineare Durchtrennung oder keilförmige Osteotomie in Frage kommen, von welchen letztere wegen besserer Adaption der beiderseitigen Flächen im Allgemeinen vorzuziehen ist. Le D. befürwortet Festigkeit in guter Stellung, in Fällen, wo man Beweglichkeit anstrebt, soll man doch bis 15 oder 20 Tage mit Bewegungen warten, dagegen muss das Knie stets vom ca. 15. Tag ab vorsichtig bewegt werden, um Anchylosirung des Knies vorzubeugen.

Chalot-Toulouse empfiehlt ein Verfahren der directen Digitalcompression der Arteria iliaca bei Exarticulation des Oberschenkels, die er in einem Fall erfolgreich anwandte. 2 cm nach innen von der Spina il. ant. sup. wird in 5 cm Ausdehnung Haut und Muscul. obl. transv. und das tiefe Blatt der Fascie durchtrennt, das Peritoneum stumpf in der Richtung gegen das Promontorium zu zurückgeschoben, und wenn man dann den Winkel zwischen dem inneren Rand des Psoas und der Kreuzbeinseite erreicht, fühlt man leicht die Arterie, die ein Assistent dann comprimirt. Polloson hält derartige preventive Blutstillung nicht für nöthig bei dem allgemein üblichen Verfahren der hohen Amputation und nachträglichen Exarticulation des oberen Femurendes; er hat eine solche Operation kürzlich mit kaum 30 g Blutverlust ausgeführt mit Esmarch'scher Constriction an der Wurzel des Schenkels. Chalot hebt dem gegenüber hervor, dass sich in manchen Fällen, z. B. bei Neoplasmen, dieses Verfahren nicht anwenden lasse.

Roux-Lausanne, der über eine neue Serie von Kropfoperationen berichtet, verwirft im Allgemeinen die Injectionen und befürwortet die Enucleationen. Bei 292 Fällen hatte R. eine Mortalität von 1,36 Proc.

L. Bard sprach über die Pathogenese des Krebses und hält die parasitäre Theorie bis jetzt für ganz unhaltbar, er spricht von einer Monstrosität der Zellentwickelung als dem Hauptsächlichen.

Guelliot-Reims beleuchtete die Contagiosität des Krebses, Fabre-Lyon die Mortalität an Krebs in Lyon; die im Allgemeinen progressiv angenommene Krebsmortalität lässt sich für Lyon nicht nachweisen, wenn man bei der Mortalität die Zunahme der Bevölkerung mitberücksichtigt; für Paris hat die absolute Carcinommortalität sowohl, als die relative zugenommen.

Pousson sprach über präliminare Cystotomie bei Behandlung gewisser Blasenscheiden- und Blasendarmfisteln, die sich auf gewöhnliche Weise nicht operiren lassen (besonders nach dem Cervix sitzende, bei Atresia vaginae etc.) und kann zu 7 derartigen Fällen einen neuen hinzufügen. Poncet unterstützte Pousson's Anschauung und will die Methode des hohen Blasenschnittes mit Occlusion der Vulva bloss für die absolut inoperabeln Fälle reservirt wissen.

Picqué-Paris behandelte die Nephrotomie bei Behandlung der Anurie, die nur bei der Anurie durch Obstruction indicirt ist und theilt einen Fall mit, indem er bei einer Frau mit urämischen Erscheinungen bei Uteruscarcinom operirte.

Rafin-Lyon berichtete über einen Fall von Lithotripsie bei einem Prostatakranken, bei dem er nach Zertrümmerung des Steines noch einen zweiten fühlte, aber nicht fassen konnte, so dass er an einen eingekapselten Stein dachte und den hohen Blasenschnitt ausführte, wobei sich der 2. Stein in dem stark ausgehöhlten Blasenboden vorfand, dessen obere Spitze das Lithotripsirinstrument berührt hatte, aber nicht angreifen konnte. Die Blase war nur in der Mitte und in geringer Höhe frei von Bauchfellüberzug, während seitlich offenbar 2 grosse Leistenbrüche das Peritoneum herabgezogen hatten — ein Punkt, der auch eventuell bei Blasenpunction bei vorhandenen Leistenbrüchen zu beobachten wäre (strenges Einhalten der Mittellinie).

Adenot-Lyon besprach die Ausreissung des peripheren Nervendes nach Neurotomien wegen heftigen Neuralgien, er durchtrennt den betreffenden Nerven so hoch als möglich und extrahirt nicht bloss ein Stück, sondern womöglich das ganze periphere Ende (8—10 cm), indem er mit einem Zängchen mit groben Gebiss das Nervenende aufwickelt und entsprechend (seitlich) mit dem Bistouri nachhilft.

Reboul-Nimes berichtete über Hydaditengeschwulst der Muskeln und hob hervor, dass nur in einem betreffenden Fall die Diagnose möglich war, da bei dem betreffenden Kranken 6 Monate vorher wegen multiloculärer Cyste der Pleura breite Eröffnung und Rippenresection gemacht worden war; Hydaditengeschwulst des Brustmuskels wurde für malignen Brusttumor, solche des Glutaeus max. für einen Congestionsabscess gehalten.

Hassler berichtete über einen mit Trepanation des Sternums behandelten Fall von Abscess des vorderen Mediastinum.

Michaux-Paris sprach über sofortiges chirurgisches Eingreifen bei Perforation des runden Magengeschwürs und

theilte den ersten erfolgreichen Fall, in Frankreich operirt, mit, den er als Vertreter Labbé's operirte. Die kleine Perforation fand sich nach der Laparotomie sehr hoch unter der Leber, und trat aus derselben bei jeder Respirationsbewegung etc. etwas Mageninhalt aus, es wurde eine Falte gebildet und mit 2 Reihen Lembert'scher Nähte übergenäht, ein Jodoformdocht an die betreffende Stelle geführt. Anfangs war der Zustand ungünstig und blieb eine Fistel zurück, die aber durch eine kleine Nachoperation geheilt wurde. Im Ganzen wurde nach Michaux die Operation 20mal ausgeführt, die ersten 10 verliefen tödtlich, die späteren 10 verzeichnen 5 Heilungen.

Monod-Paris besprach die Diagnose und Behandlung der Appendicitis. Nach 22 Beobachtungen (17 erfolgreich) hält Monod fast in allen Fällen chirurgisches Eingreifen für indicirt und zwar sobald als möglich, bei allen seinen Fällen fand er Eiter um den Proc. vermiformis, er betont die Bedeutung frühzeitiger Diagnose, die nicht Geschwulst und Oedem abwarten dürfe, sondern sich auf die Retraction der Bauchwand, den lebhaften Schmerz (spontan und bei Druck) 4 Finger breit von der Spina il. sup. stützen dürfe, Apyrexie darf nicht beruhigen (sei es, dass das Fieber ganz fehlt, oder dass es abfällt, nachdem es bestanden hat). Monod bevorzugt eine Incision, die fast ebenso, wie für die Unterbindung der Iliaca (etwas näher der Crista, um Eventration zu vermeiden) geführt wird, er drainirt stets die Wunde.

Ricard stimmt seinen Ausführungen ganz bei, er verlor 4 von 16 Fällen, die er alle auf zu spätes Eingreifen bezieht.

Gouillioud-Lyon sprach im Anschluss an einen mehrfach operirten Fall über Hydaditengeschwulst des Netzes, Broca über eine Serie von Warzenfortsatztrepanationen (87 an 82 Individuen), 13 gestorben.

Picqué und Feorier berichteten über die pathologische Anatomie des Hydrocephalus und die verschiedenen Veränderungen, die die operativen Misserfolge erklären lassen, von 13 operirten Fällen blieb nur 1 Fall am Leben und dieser blieb ein Idiot.

Djemil Bey-Constantinopel brachte einen neuen Fall von Heilung einer traumatischen Epilepsie bei Entfernung eines in's Gehirn spiessenden Splitters.

Sieur sprach über Reitknochen, deren er einen von 19 cm Länge beobachtete, meist trat die anfänglich schmerzhafte Infiltration bald nach dem Eintritt in die Equitation auf. Sieur glaubt, dass bei Muskelrissen kleine Perioststückchen losgerissen werden, die durch die Retraction der betreffenden Muskelfasern gewissermassen in den Muskel transplantirt wurden.

Reboul berichtete über einen Fall diffus-traumatischen Aneurysmas der Fossa poplitaea (durch Ligatur der Femoralis geheilt).

Lavaux-Paris besprach die Resultate der linearen doppelten electrolytischen Behandlung von Stricturen (die der Dilatationsbehandlung widerstehen) — eine gutartige, leicht ausführbare, wenig schmerzhafte Methode, alle 3 Wochen danach muss mit einem Bougie Nr. 18 bougirt werden, da sonst Recidive constant sind.

Hassler sprach im Anschluss an einen schweren Fall über Restauration der Kiefer, Lippen und Nase nach schweren Schussverletzungen. Leriche-Nizza über einen Fall von Trepanation des Felsenbeins wegen Revolverschuss. Lannelongue und Mauclaire-Paris berichten über ein neues Verfahren craniocerebraler Topographie bei brachycephalen und mesaticephalen Kindern.

Février und Adam-Nancy theilen experimentelle Untersuchungen über Bauchcontusionen und deren Folgen mit (bei 16 Thieren wurden 9 mal complete oder incomplete Darmrupturen vorgefunden, meist fand sich eine Anschwellung an Stelle der Ruptur und eine Einschnürung des Darms über und unter der verletzten Stelle (was nach der Laparotomie eventuell das Aufsuchen der verletzten Stelle erleichtern kann.

Montaz berichtete über Magenoperationen (35 Fälle). 10 mal sah er nach rein explorativer Laparotomie Besserung, die er ähnlich wie die Erfolge bei Peritonitis tuberc. auffassen möchte.

In der Sitzung am 12. October besprach zunächst P. Berger die Cheiloplastik nach ausgedehnten Substanzverlusten der Lippen speciell auch die Methoden gestielter Lappen aus dem Arm etc. —

Lucas Championnière möchte die für die andern Hernien geltenden Principien der Radicaloperation auch für die Nabelbrüche und epigastrischen Hernien angewandt wissen, welch' erstere man nicht zu gross werden lassen soll, da die Radicalheilungen am besten bei noch kleinen Hernien gelingen; er empfiehlt mehrfache Etagennaht, bei sehr grossen Hernien die Resection des vorgetretenen Netzes, damit die Vereinigung nicht Schwierigkeiten macht. Die epigastrischen Hernien haben kaum je Neigung grösser zu werden, sie sind aber meist sehr schmerzhaft und häufig von Erbrechen oder sonstigen intestinalen Symptomen begleitet. L. Ch. empfiehlt Incision, breite Eröffnung, Herausziehen des Sackes, Ablösung des Netzes (Resection desselben), nach Ligatur des Sackes, denselben so hoch als möglich zu excidiren, die erste Naht nach innen zu legen und eine zweite Nahtreihe darüber zu appliciren.

Poirier-Paris besprach die pathologische Anatomie der Humerusfracturen (68 Fälle gesammelt von 65 Individuen, davon 41 am oberen Ende, 15 am Schaft, 12 am unteren Ende. Lejars-Paris berichtete im Anschluss an einen Fall über operative Behandlung veralteter Schenkelhalsfracturen. Schr.

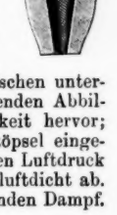
(Schluss folgt.)

Verschiedenes.

(Herstellung des Diphtherie-Heilserums.) Aus zuverlässiger Quelle wird uns mitgetheilt, dass die Heilserum-Anstalt zu Höchst zur Zeit selbst Mangel an Serum hat. In einigen Tagen hofft man 70 Liter Blut = 35 Liter Serum zu gewinnen. Die Lieferung bestimmter Quantitäten kann erst ab Januar 1895 in Aussicht gestellt werden; Interessenten müssten sich jedoch zur Abnahme constanter Mengen verpflichten. Die Zahl der eingestellten Pferde, die fast ausschliesslich benützt werden und erst nach 6—15 Monaten völlig immunisirt sind, beträgt zur Zeit 32, kann aber nach Bedarf erhöht werden. Augenblicklich arbeitet man daran, die Wirksamkeit des Serums zu erhöhen. Behufs Immunisirung der Umgebung diphtheriekranker Kinder wurde die Dosis auf 1/4 Portion erhöht, nachdem 1/10 sich als ungenügend erwiesen hat.

(Die Verletzung Carnot's.) In einer interessanten Betrachtung über die Verletzungen der Leber in der Roumania medicali, Julihefft 1894, beleuchtet Dr. Ludwig Fialla in Bukarest die Behandlung, welche die Wunde des in Lyon ermordeten Präsidenten Carnot erfahren hat. Er meint, wenn Carnot ein Mann aus dem Volke gewesen wäre, dann würde man gewiss energischer und mit grösserer Sicherheit vorgegangen sein, als man es mit dem Präsidenten gewagt hatte. Die plötzliche Schreckensnachricht mitten unter den Lyoner Festen, die hohe Persönlichkeit und ihre glänzende Umgebung, Minister, Generäle, das Anstürmen des theilnehmenden Volkes, die Dringlichkeit des Handelns ohne die Möglichkeit der wünschenswerthen Vorbereitungen — Alles das sei geeignet gewesen, die Hände der geübten Chirurgen, die bei der Behandlung thätig waren, zu beeinflussen. Entsprechend den neueren Errungenschaften der Chirurgie wäre die Eröffnung der Bauchhöhle mit dem mittleren Bauchschnitte der richtige Weg gewesen, die Blutstillung zu ermöglichen, weil dies allein den nöthigen Ueberblick gewährt haben würde. In dem Falle von Carnot verlängerten die Aerzte die Stichwunde um 12—14 cm, es wurde ein Theil der Leberwunde vernäht, ohne dass die Blutung zum Stehen kam. Nachträglich machte man noch einen 4—5 cm langen Einschnitt gegen die Medianlinie des Bauches, der sich als nutzlos erwies. Die Section zeigte später, dass die Leberwunde sich weiter nach rückwärts erstreckte als der Hautschnitt und dass auch die Pfortader verletzt war. Fialla schliesst mit den Worten: „Die Wissenschaft wäre befriedigt gewesen, hätte Carnot trotz Ausführung der medianen Laparotomie unterliegen müssen. Wenn alle verfügbaren Mittel erschöpft sind, weichen wir, uns ergebend, von der Unmöglichkeit zurück.“ v. L.

(Neuer Kindermilch-Sterilisirapparat.) Der von Dr. Raab angegebene Sterilisirapparat beruht auf Soxhlet'schem Princip und benützt auch zur Herstellung des luftdichten Verschlusses der Fläschchen die Idee Soxhlet's, denselben selbstthätig durch den Luftdruck bewirken zu lassen. In welcher Weise der Raab'sche Verschluss sich von dem Soxhlet'schen unterscheidet, geht aus den nebenstehenden Abbildungen mit genügender Deutlichkeit hervor; der in den durchbohrten Gummistöpsel eingesetzte Gummizapfen wird durch den Luftdruck eingezogen und schliesst dadurch luftdicht ab. Die Sterilisirung erfolgt im strömenden Dampf.



(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) Der heutigen Nummer liegt bei das 42. Blatt: Michael J. Rossbach. Nekrolog vorstehend.

Therapeutische Notizen.

(Serumbehandlung der Diphtherie.) Dr. Kossel, Assistent des Instituts für Infectionskrankheiten in Berlin berichtet in No. 43 der D. med. W. über die mit dem Behring'schen Serum in dem genannten Institut gemachten Erfahrungen. Demzufolge ist daselbst die Mortalität dauernd auf 16 Proc. aller eingelieferten Diphtheriefälle gesunken. Von den am ersten und zweiten Krankheitstag eingelieferten Kindern wurde kein einziges verloren. K. spricht die Ueberzeugung aus, dass es gelingen werde, jeden frischen Fall von echter Diphtherie durch Anwendung einer genügenden Menge Antitoxin zu heilen. Den Einwand, es handle sich um eine leichte Epidemie, weist K. zurück mit dem Hinweis auf den grossen Zeitraum, über den sich die Versuche ausdehnen. Die Dauer der durch Schutzimpfung mit dem Serum erworbenen Immunität veranschlagt K. auf nicht länger als 2—3 Wochen. War die Infection schon erfolgt, als die Schutzimpfung gemacht wurde, so wird dem Ausbruch der Krankheit nicht durch dieselbe vorgebeugt, doch pflegen solche Fälle leicht zu verlaufen.

(Serumbehandlung der Cholera.) Dr. Freymuth-Danzig hat drei Cholerafälle mit Blutserum behandelt, welches er von Personen, die vor Kurzem die Cholera überstanden hatten, gewonnen hatte. Es wurden bis zu 90 ccm des Serums in Dosen von 10 bis

30—50 ccm injicirt. Ein Fall endete tödtlich, zwei genasen. In einem Falle trat nach der Injection schnelle und auffallende Besserung des Befindens ein. (D. med. W. No. 43.)

(Zur Herstellung eines aseptischen Verbandmateriales in der Sprechstunde) empfiehlt Mende-Gottesberg, die Verbandstoffe in Blechbüchsen (Schwarzblech) einzufüllen und in einem Trockenschrank, als welcher jeder gute Küchenofen dienen kann, zu sterilisiren. Der Mull ist, wie bakteriologische Untersuchungen ergeben haben, dann sicher sterilisirt, wenn er eine gelbliche bis leicht bräunliche Farbe angenommen hat. Ist der Mull braun geworden, so ist er unbrauchbar. (Ther. Monatshefte, 8,94.) Kr.

(Bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose) hat Brenner-Berent zwei Mal einen wunderbaren Erfolg gesehen von der Aufpinselung von Collodium cantharidatum in etwa Thalergrösse auf die Haut über dem Schildknorpel. (Ther. Monatshefte 9,94.) Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 30. October. Im preuss. Aerztekammer-Ausschuss, der in Berlin am 23. d. M. unter Graf's Vorsitz tagte, wurde zuerst über das ministerielle Schreiben betr. die Unterweisung der Studirenden in der socialpolitischen Gesetzgebung und ökonomischen Receptur verhandelt. Die anwesenden Vertreter der Kammern waren mit dem hierin ausgesprochenen Wunsche principiell einverstanden, über seine Ausführung bezw. Ausführbarkeit gingen indess die Meinungen auseinander, und namentlich wurde jeder Eingriff in die akademische Lehrfreiheit perhorrescirt. Weiter beschloss der Ausschuss, den Herrn Minister zu bitten, vor Einbringung der in Aussicht stehenden Medicinalreform-Gesetze an das Staatsministerium über diese mit dem Ausschuss in einer von ihm selbst präsidirten Sitzung zu berathen. Von weiteren Beschlüssen ist zu erwähnen, dass — auf Antrag des Berliner Kammervorstandes — eine gesetzliche Approbations-Entziehung angestrebt werden soll für geisteskranke und entmündigte Aerzte, sowie für solche, denen nach Zuchthausstrafen und Ehrverlust für immer die Qualification, vor Gericht als Zeuge zu fungiren, aberkannt worden ist. Ebenfalls wurde ein Antrag an den Minister wegen Erledigung der Taxfrage beschlossen. Als Vorsitzender für das nächste Jahr ist Graf, als stellvertretender Vorsitzender Becher gewählt. Berl. kl. W.

— Die schlesische Aerztekammer hat den von dem Minister zur Begutachtung mitgetheilten von Dr. Otto Mugdan in der Berliner Aerztekammer eingebrachten Antrag, die Studirenden sollen auf der Universität Kenntniss von den wichtigsten Bestimmungen der socialen Gesetzgebung erlangen, dahin beantwortet, die Kammer könne sich zu Gunsten der Einführung dieses obligatorischen Prüfungsgegenstandes nicht entscheiden, bevor die Frage der Studiumsverlängerung geklärt sei.

— In Bezug auf § 300 des Strafgesetzbuchs, wonach Aerzte etc., wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Standes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 M. oder mit Gefängniss bis zu 3 Monaten bestraft werden, hat das Reichsgericht, IV. Strafsenat, durch Urtheil vom 26. Juni 1894 ausgesprochen, dass als ein „anvertrautes Privatgeheimniss" jede Thatsache zu erachten ist, deren Geheimhaltung, wie der Arzt sich sagen muss, im Interesse der ihn consultirenden Person liegt. Als „Offenbarung" derartiger Privatgeheimnisse ist jede Mittheilung an einen Anderen zu erachten, und sie ist auch dann strafbar, wenn sie sich auf Thatsachen bezieht, welche in ungenauer Form bereits in die Oeffentlichkeit gedrungen sind.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 41. Jahreswoche, vom 7. bis 13. October 1894, die grösste Sterblichkeit Chemnitz mit 31,2, die geringste Sterblichkeit Lübeck mit 6,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Dortmund, Duisburg, Kaiserslautern, Karlsruhe, Remscheid.

— Im Verlag von S. Karger in Berlin erscheint von Januar 1895 ab eine „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie", herausgegeben von Prof. Dr. A. Martin in Berlin und Prof. M. Sänger in Leipzig. Die Monatsschrift erscheint im Umfange von 4—6 Bogen mit Abbildungen im Text und farbigen Tafeln zum Preise von 30 M. pro Jahr. Dieselbe bringt ausser Originalabhandlungen kritisch zusammengefasste Referate.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Der frühere Privatdocent in Strassburg Dr. Weintraud, ist als Assistent der zweiten medicinischen Klinik eingetreten. — **Freiburg** i. B. Die Studentenschaft in Freiburg i. Br. beabsichtigt am 31. October Herrn Geheimrath Hegar anlässlich seines 30jährigen Professorenjubiläums einen glänzenden Fackelzug darzubringen. Im Anschluss daran wird ein Mediciner-Commers stattfinden.

Wien. Den durch den plötzlichen Tod Prof. Mauthner's auf's Neue verwaisten Lehrstuhl für Augenheilkunde wird während des kommenden Semesters Prof. Stellwag v. Carion, der frühere Inhaber desselben, verwalten. — **Zürich.** Dr. Constantin v. Monakow wurde als ausserordentlicher Professor für gehirnanatomische Fächer und Nervenpoliklinik gewählt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Ernennung. Der praktische und Krankenhausarzt Dr. Otto von Hoermann in Speyer wurde zum kgl. Bezirksarzt dortselbst ernannt.

Verzogen. Dr. Westerfield von Alsenz (Rheinpfalz) nach Wiesbaden; Dr. Hiepp von Trulben nach Alsenz; Dr. Kreike von Wallenfels unbekannt wohin.

Niedergelassen. Dr. Jörg zu Neustadt a. H. und Dr. Richard Kieffer zu Walsheim (Zweibrücken).

Befördert. Die Unterärzte der Reserve Dr. Siegfried Wahle (Ansbach) und Maximilian Dreyfuss (Würzburg) zu Assistenzärzten II. Cl. der Reserve.

Gestorben. Dr. Karl Pfriem, kgl. Hofrath, Badeinspector a. D. in Bad Kissingen, in München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 42. Jahreswoche vom 14. bis 20. October 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 18 (31*), Diphtherie, Croup 49 (42), Erysipelas 12 (18), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (2), Kindbettfieber — (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 8 (9), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 9 (5), Parotitis epidemica 4 (—), Pneumonia crouposa 12 (15), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 26 (19), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (11), Tussis convulsiva 80 (92), Typhus abdominalis 1 (1), Varicellen 10 (10), Variolois 1 (—). Summa 241 (256). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 42. Jahreswoche vom 14. bis 20. October 1894.

Bevölkerungszahl 390,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 1 (—), Scharlach 1 (1), Rothlauf 2 (—), Diphtherie und Croup 5 (6), Keuchhusten 8 (4), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 2 (9), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung — (3), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (2).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 175 (177), der Tagesdurchschnitt 25,0 (25,3). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,3 (23,6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14,7 (13,8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,6 (12,9).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche

Generalrapport über die Kranken der kgl. bayer. Armee

für den Monat September 1894.

1) Bestand am 31. August 1894 bei einer Kopfstärke des Heeres von 57918 Mann, 210 Kadetten, 26 Invaliden, 149 U.-V.[1]): 1494 Mann, — Kadetten, 6 Invaliden, 4 U.-V.

2) Zugang: im Lazareth 1241 Mann, 8 Kadetten, — Invaliden, 2 U.-V.; im Revier 2481 Mann, — Kadetten, 1 Invalide, 2 U.-V. Summa 3722 Mann, 8 Kadetten, 1 Invalide, 4 U.-V. Mithin Summa des Bestandes und Zuganges 5216 Mann, 8 Kadetten, 7 Invaliden, 8 U.-V.; vom Tausend der Iststärke 90,01 Mann, 38,10 Kadetten, 269,23 Invaliden, 53,70 U.-V.

3) Abgang: geheilt 4001 Mann, 1 Kadett, 1 Invalide, 8 U.-V.; gestorben 8 Mann, — Kadett, — Invalide, — U.-V.; invalide 56 Mann; dienstunbrauchbar 38 Mann, — U.-V.; anderweitig 287 Mann, — Kadett, — Invalide, — U.-V.; Summa: 4390 Mann, 1 Kadett, 1 Invalide, 8 U.-V.

4) Hiernach sind geheilt von 1000 der Kranken 767,06 Mann der Kranken der Armee, 125,00 der erkrankten Kadetten, 142,86 der erkrankten Invaliden, 1000,00 der erkrankten U.-V.; gestorben 1,53 Mann, 0,00 Kadetten, 0,00 Invaliden, 0,00 U.-V.

5) Mithin Bestand am 30. September 1894: 826 Mann, 7 Kadetten, 6 Invaliden, — U.-V.; vom 1000 der Iststärke 14,26 Mann, 33,33 Kadetten, 230,77 Invaliden, — U.-V. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 604 Mann, 7 Kadetten, 5 Invaliden, — U.-V.; im Revier 222 Mann, — Kadett, 1 Invalide, — U.-V.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Typhus 4, Gehirnblutung 1, Lungenentzündung 1, chronischer Lungenschwindsucht 2.

Ausser den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen ist noch 1 Todesfall durch Krankheit (Herzlähmung) und 1 Todesfall durch Selbstmord (Erschiessen) vorgekommen, so dass die Armee im Ganzen 10 Mann durch Tod verlor.

[1]) U.-V. = Abkürzung für Unterofficiers-Vorschüler.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.